



**Luís Filipe Ribeiro  
Gomes**

**O psicoterapeuta enquanto Psicólogo “Quo Vadis”:  
Um processo reflexivo**

Relatório integrador que engloba uma dissertação conceptual e um relatório detalhado da atividade profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizado sob a orientação científica da Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e co-orientação da Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a minha família, que tem estado comigo ao longo deste caminho: aos meus pais e irmã por me ajudarem a acreditar que o afeto suporta sempre qualquer conflito. À Rita que não arreda pé nos momentos difíceis e que suporta o homem por trás do psicólogo.

Dedico-o também à Beatriz, Maria e ao Luís que começam a perceber que devemos tentar fazer o que gostamos mas que também podemos aprender a gostar do que fazemos.

Por fim, dedico-o também aos pacientes (sem os quais nada teria sido possível). Confiaram, lutaram, e acreditaram que é possível ir trocando as lentes através das quais se observa a realidade.

## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira**  
professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Margarida Maria Baptista Mendes Pedroso de Lima**  
professora associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes**  
professora auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos**  
professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À Prof. Isabel Santos pelo seu suporte, incentivo e amizade.

À Prof. Ana Allen Gomes pela sua abertura e tolerância, características que em muito ajudam a tarefa de um psicólogo.

Ao Dr. José Diniz pelo incentivo na PDB.

Ao Prof. Manuel Matos pela indicação de caminhos alternativos à análise.

**palavras-chave**

Psicoterapia, psicologia, psicologia clínica, prática baseada em evidência.integração profissional.

**resumo**

Este relatório propõe-se dar uma descrição da atividade profissional do mestrando enquanto psicólogo clínico, no exercício da prática privada, Pretende ainda apresentar uma reflexão pessoal sobre a área científica e orientação teórica em que a parte principal desta atividade se tem desenvolvido. A psicoterapia, nomeadamente a Psicoterapia Breve Dinâmica. É por fim um exercício reflexivo e de análise da ligação entre esta mesma forma de psicoterapia e a psicologia experimental, numa observação dos princípios da PBE (prática baseada em evidência), Analisa-se assim o modelo utilizado, suas limitações e méritos, bem como a possível integração de outras técnicas e abordagens que no entanto se revelem coerentes e consistentes com o trabalho desenvolvido nos últimos 16 anos.

**Keywords**

Psychotherapy, psychology, clinical psychology, evidence-based psychotherapy, professional integration.

**Abstract**

This report aims to give a description of the Masters student professional activity as a clinical psychologist in private practice exercise. It also aims to provide a personal reflection on the scientific and theoretical orientation in which the main part of this activity has been developed: psychotherapy in its Brief Psychodynamic form. It is ultimately an exercise and reflective analysis of the link between this same form of psychotherapy and experimental psychology, in observation of the principles of EBP (evidence based practice). Thus, it analyzes the model used, its limitations and merits, as well as the possible integration of other techniques and approaches that are nonetheless coherent and consistent with the work that has been done in the last 16 years.

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>PREÂMBULO .....</b>   | <b>1</b>  |
| GLOSSÁRIO .....  | 2         |
| <b>CAPÍTULO I</b>  |           |
| <b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>   | <b>5</b>  |
| 1. A PSICOLOGIA, HISTÓRIA E CIÊNCIA .....  | 5         |
| 1.1. A psicoterapia .....  | 6         |
| 1.2. Os psicólogos como psicoterapeutas .....  | 7         |
| 1.2.1. Psicoterapia Dinâmica Breve .....   | 9         |
| 1.2.2. Psicoterapia Familiar .....   | 11        |
| 1.2.3. Psicoterapia Cognitivo Comportamental .....   | 11        |
| 1.2.4. Psicoterapia Rogeriana .....  | 12        |
| 1.3. Psiquiatria – Contribuição da Bioquímica .....  | 13        |
| 2. CONTRIBUTOS PÓS-MODERNOS .....  | 16        |
| 2.1. Tratamentos Baseados em Evidência .....   | 16        |
| 2.2. O poder do diagnóstico .....  | 22        |
| 2.2.1. O Manual .....  | 24        |
| 2.2.2. Procedimentos simplificados e comunicação .....   | 24        |
| 2.2.3. Críticas .....  | 25        |
| 2.2.4. Novas síndromas e novas drogas .....  | 26        |
| 2.2.5. Crescente medicalização das intervenções em crianças e adolescentes .....                             | 27        |
| 3. INDICAÇÃO PARA A ANÁLISE DOS CASOS SEGUIDOS. A LEITURA POSTERIOR E HIPÓTESES REFLEXIVAS DE TRABALHO ..... | 29        |
| 3.1. Hipóteses Reflexivas .....  | 29        |
| <b>CAPÍTULO II</b>   |           |
| <b>CARATERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL E DO SEU MODELO. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA</b>                         |           |
| <b>ATIVIDADE. ....</b>   | <b>31</b> |
| 1. ESCOLHA DE UM MODELO (PERCURSO PESSOAL) .....   | 31        |
| 2. O MODELO: PSICOTERAPIA DINÂMICA BREVE INTEGRADA .....   | 33        |
| 2.1. Técnica Ativa .....   | 34        |
| 2.2. Experiência Emocional Corretiva .....   | 35        |
| 2.2.1. Transferência e Contratransferência .....   | 36        |
| 2.2.2. Experiências fora do gabinete da Psicoterapia (O efeito das pedradas no vidro) .....                  | 37        |
| 2.3. Foco .....  | 38        |
| 2.3.1. Conflito Focal (neurose relacional) .....   | 39        |
| 2.4. Duração .....   | 40        |
| 2.4.1. O terminar: As altas em PDB .....   | 41        |
| 2.5. Seleção de pacientes .....  | 43        |
| 2.6. Aliança Terapêutica .....   | 46        |
| 3. ATIVIDADE PROFISSIONAL .....  | 47        |
| 3.1. Adaptação do modelo psicoterapêutico .....  | 47        |
| 3.1.1. Estatísticas .....  | 48        |
| 3.1.2. As consultas .....  | 49        |
| 3.1.3. Triage e reencaminhamento .....   | 50        |
| 3.1.4. Seleção .....   | 50        |
| 3.1.4.1. Idade .....   | 51        |
| 3.1.4.2. Laços familiares .....  | 52        |
| 3.1.4.3. Espaço entre processos psicoterapêuticos .....  | 52        |
| 3.1.4.4. Paciente antigo / novos processos .....   | 53        |
| 3.1.5. Consentimento Informado .....   | 53        |

|          |  |    |
|----------|--|----|
| 3.1.6.   | Primeira consulta e aliança terapêutica .....                        | 54 |
| 3.1.6.1. | Adultos .....  | 54 |
| 3.1.6.2. | Adolescentes .....   | 55 |
| 3.1.6.3. | Consumo de substâncias/ comportamentos aditivos .....                | 55 |
| 3.1.7.   | Tratamento de dados e planificação das sessões .....                 | 55 |
| 3.1.8.   | Periodicidade e duração do processo .....                            | 56 |
| 3.1.9.   | Faltas e omissões .....  | 57 |
| 3.2.     | <i>Follow-up</i> .....   | 57 |
| 4.       | ORGANIZAÇÃO E OUTRAS ATIVIDADES .....                                | 58 |
| 4.1.     | <i>Espaço de trabalho e setting terapêutico</i> .....                | 58 |
| 4.2.     | <i>Consultório e organização de tarefas</i> .....                    | 58 |
| 4.3.     | <i>Colaboração institucional e integrada</i> .....                   | 59 |
| 4.4.     | <i>Supervisão</i> .....  | 60 |
| 4.5.     | <i>Atualização, formação e outras atividades desenvolvidas</i> ..... | 60 |

### CAPÍTULO III

#### ANÁLISE DE CASOS.....63

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | CASO 1 – O PUZZLE PERFEITO .....   | 65 |
| 1.1.   | <i>Enquadramento</i> .....   | 65 |
| 1.2.   | <i>Seleção do paciente</i> .....   | 66 |
| 1.3.   | <i>Elaboração do processo</i> .....  | 66 |
| 1.3.1. | Queixa principal .....   | 66 |
| 1.3.2. | História da doença atual .....   | 67 |
| 1.3.3. | História pessoal .....   | 67 |
| 1.3.4. | História familiar .....  | 68 |
| 1.3.5. | História patológica anterior .....   | 69 |
| 1.3.6. | Exame psíquico .....   | 69 |
| 1.4.   | <i>Hipótese psicodinâmica e foco</i> .....                                       | 70 |
| 1.4.1. | Compreensão e hipótese psicodinâmica .....                                       | 70 |
| 1.4.2. | Foco .....   | 70 |
| 1.5.   | <i>Planeamento e estratégia</i> .....  | 71 |
| 1.6.   | <i>Diagnóstico nosológico</i> .....  | 71 |
| 1.7.   | <i>Evolução e conclusão do processo</i> .....                                    | 71 |
| 1.8.   | <i>Follow-up</i> .....   | 73 |
| 1.9.   | <i>Leitura posterior</i> .....   | 74 |
| 1.9.1. | Outras indicações e técnicas .....   | 75 |
| 2.     | CASO 2 – O ADOLESCENTE DOENTE? DIFERENTES JANELAS PARA UMA MESMA REALIDADE ..... | 75 |
| 2.1.   | <i>Enquadramento</i> .....   | 76 |
| 2.2.   | <i>Seleção do paciente</i> .....   | 76 |
| 2.3.   | <i>Elaboração de processo</i> .....  | 76 |
| 2.3.1. | Queixa principal .....   | 76 |
| 2.3.2. | História da doença atual .....   | 77 |
| 2.3.3. | História pessoal .....   | 77 |
| 2.3.4. | História familiar .....  | 78 |
| 2.3.5. | História patológica anterior .....   | 78 |
| 2.3.6. | Exame psíquico .....   | 78 |
| 2.4.   | <i>Hipótese psicodinâmica e foco</i> .....                                       | 79 |
| 2.4.1. | Compreensão e hipótese psicodinâmica .....                                       | 79 |
| 2.4.2. | Foco .....   | 79 |
| 2.5.   | <i>Planeamento e estratégia</i> .....  | 80 |
| 2.6.   | <i>Diagnóstico nosológico</i> .....  | 80 |
| 2.7.   | <i>Evolução e conclusão do processo</i> .....                                    | 80 |
| 2.8.   | <i>Follow-up</i> .....   | 82 |
| 2.9.   | <i>Leitura posterior</i> .....   | 82 |
| 2.9.1. | Outras indicações e técnicas .....   | 83 |
| 3.     | CASO 3 – A OMNIPOTÊNCIA VELADA (A MULHER QUE NÃO QUERIA SER TRATADA) .....       | 83 |
| 3.1.   | <i>Enquadramento</i> .....   | 84 |
| 3.2.   | <i>Seleção do paciente</i> .....   | 84 |



|                                  |   |            |
|----------------------------------|---|------------|
| 3.3.                             | <i>Elaboração do processo</i> .....             | 85         |
| 3.3.1.                           | Queixa principal .....                          | 85         |
| 3.3.2.                           | História da doença atual .....                  | 85         |
| 3.3.3.                           | História pessoal .....                          | 85         |
| 3.3.4.                           | História familiar .....                         | 85         |
| 3.3.5.                           | História patológica anterior .....              | 86         |
| 3.3.6.                           | Exame psíquico .....                            | 86         |
| 3.4.                             | <i>Hipótese psicodinâmica e foco</i> .....      | 86         |
| 3.4.1.                           | Compreensão e hipótese psicodinâmica .....      | 86         |
| 3.4.2.                           | Foco .....                                      | 87         |
| 3.5.                             | <i>Planeamento e estratégia</i> .....           | 87         |
| 3.6.                             | <i>Diagnóstico nosológico</i> .....             | 87         |
| 3.7.                             | <i>Evolução e conclusão do processo</i> .....   | 88         |
| 3.8.                             | <i>Follow-up</i> .....                          | 88         |
| 3.9.                             | <i>Leitura posterior</i> .....                  | 88         |
| 3.9.1.                           | Outras indicações e técnicas .....              | 89         |
| <b>CAPÍTULO IV</b>               |   |            |
| <b>REFLEXÃO CONCLUSIVA</b> ..... |   | <b>91</b>  |
| 1.                               | OMNIPOTÊNCIA VELADA .....                       | 96         |
| 2.                               | A PROFISSÃO DE PSICÓLOGO EM PORTUGAL .....      | 99         |
| 3.                               | ESTUDOS FUTUROS E MODIFICAÇÕES NA PRÁTICA ..... | 101        |
| 4.                               | CONCLUSÃO .....                                 | 104        |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....         |   | <b>107</b> |
| <b>ANEXOS</b> .....              |   | <b>111</b> |
| ANEXO I .....                    |   | 112        |
| ANEXO II .....                   |   | 115        |
| ANEXO III .....                  |   | 121        |
| ANEXO IV .....                   |   | 128        |
| ANEXO V .....                    |   | 132        |
| ANEXO VI .....                   |   | 136        |

## ***PREÂMBULO***

Tendo em conta a natureza primeira de uma tese (contributo científico original) e o desafio proposto (este contributo ser baseado na experiência profissional), será de todo indicado procurar criar uma estrutura que permita estabelecer uma ligação coerente entre estes dois objetivos, tornando a leitura e apreciação deste trabalho mais profícua e motivante. Esta estrutura surge não só como elo de ligação para a apreciação e análise, mas também na consequência da própria metodologia utilizada na elaboração do trabalho.

No enquadramento teórico geral (Capítulo I) tomámos como importante o seguimento da habitual revisão bibliográfica, que neste caso incide sobre o desenvolvimento da relação entre a atividade de psicólogo e de psicoterapeuta e da, nem sempre fácil mas motivante, relação entre a Psicologia, nomeadamente a Psicologia Clínica, e a Psicoterapia. Destaca-se também como importante o cruzamento da Psiquiatria e do seu contributo bioquímico no desenvolvimento das duas primeiras atividades.

No segundo capítulo da tese, que seria sobretudo ocupado pela descrição, enquadramento profissional e levantamento das atividades realizadas profissionalmente, optámos por uma descrição fundamental do enquadramento das atividades do psicólogo, tanto no seu passado como no presente. Acrescentámos ainda, descrição mais compreensiva da prática clínica contextualizada dentro do modelo teórico utilizado - A Psicoterapia Dinâmica Breve Integrada, bem como a descrição dos instrumentos utilizados no melhoramento da atividade, que compreende a atualização da metodologia de organização e condução das consultas, a elaboração de material de consulta e registo, atualizações de follow-up, etc. Em suma, a própria atualização, quer prática quer teórica, dos processos profissionais. Neste último aspeto, essa mesma descrição acaba por fazer também uma revisão de literatura, bem como de procedimentos, na medida em que é no próprio processo de escuta e análise do trabalho feito ao longo dos anos que foi possível criar algumas hipóteses que se procuram sistematizar neste trabalho.

A descrição da prática clínica é normalmente apoiada na apresentação dos casos, procurando-se habitualmente a ligação destes casos à formação teórico-prática, de forma a ilustrar o processo de revisão teórico assumido na reflexão inicial. Procurou-se fazer isto escolhendo, todavia, casos que ilustram a multiplicidade de quadros

psicológicos, bem como possíveis abordagens e instrumentos que o psicólogo poderá/deverá usar, quer no momento em que recebeu o caso, quer na sua análise posterior. Neste trabalho portanto, os casos não ilustrarão necessariamente histórias de sucesso, mas sim o desenrolar do processo de construção daquilo que se procura num psicólogo clínico/ psicoterapeuta. Esta apresentação e análise de casos ocuparão o Capítulo III do presente trabalho.

Seguindo esta lógica, e atendendo ao caráter mais generalizado da reflexão inicial, cada caso será enquadrado tendo em conta a abordagem seguida e a forma como foi tratado por nós. Explicita-se também a sua posterior leitura e abertura a novas abordagens. Esta leitura *a posteriori* ou como resolvemos chamá-la *leitura posterior* dos casos permite também a introdução da nossa reflexão conclusiva.

No abordar da última parte da tese, o seu capítulo IV, procurámos seguir, em coerência com a elaboração do restante trabalho, um caráter dinâmico<sup>1</sup> das reflexões nomeadamente, estabelecendo as ligações à leitura da análise dos casos clínicos apresentados bem como às hipóteses levantadas no enquadramento da revisão bibliográfica e reflexão teórica, utilizando rigor mas tirando partido de alguma liberdade discursiva própria do enquadramento narrativo e interpretativo, que usamos no trabalho proposto.

Procurámos assim incluir uma visão integrativa de possíveis desafios para o futuro da prática clínica e da investigação quer em Psicologia quer em Psicoterapia e sobretudo retirar da riqueza da prática da psicoterapia enquanto psicólogos virtudes de um diálogo, que se deseja contínuo, recusando clivagens ideológicas ou truísmos e tentando introduzir pequenos, mas honestos contributos para a discussão futura.

Resta apenas acrescentar, utilizando um paralelo com o consentimento informado<sup>2</sup> necessário à boa prática clínica, que a nossa perspetiva de abordagem a esta tese nunca deixa de estar influenciada pela nossa perspetiva construtivista e que, à semelhança do *enviesamento do investigador*, esta não se pretende confortável ou consensual, mas sim profícua e inovadora dentro das limitações do próprio autor.

## Glossário

Ao longo do nosso trabalho iremos utilizar alguns termos de forma repetida que poderão pela sua ambivalência ou pelo caráter extenso da suas siglas representar uma

---

<sup>1</sup> Sentido lato do termo.

<sup>2</sup> Aqui no sentido restrito de fornecer informação necessária à melhor compreensão do trabalho proposto.

difficuldade acrescida na leitura e compreensão da tese. Adiantemos pois alguns deles bem como alguns dos seus múltiplos significados.

*Eficácia e efetividade.* Estes dois termos são utilizados, quer junta quer separadamente ao longo do texto sobretudo no que diz respeito às psicoterapias. Utilizamos aqui estes conceitos na perspectiva de Timothy B. Baker, Richard M. McFall e Varda Shoam pelo caráter atual da mesma, expressa no seu artigo de 2009 sobre o futuro da Psicologia Clínica. Assim, o termo *efetividade* será utilizado como o efeito de uma intervenção usada num contexto semelhante àquele onde se vai realmente aplicar. *Eficácia* será utilizada no contraponto deste conceito, isto é, o efeito de uma intervenção realizada sob condições controladas. Em algumas ou várias ocasiões utilizaremos os dois termos efetividade/eficácia na medida em que pretendemos alcançar quer a validade experimental dos estudos referidos quer a sua aplicabilidade. Usaremos o termo efetividade também no contexto da Prática Baseada em Evidência por entendermos melhor se aplicar do que eficácia.

Também os termos *Psicoterapia Dinâmica* e *Psicoterapia Psicanalítica* poderão ser utilizados em referência ao mesmo conceito. Por vezes utilizaremos o termo psicanalítico para dar um enfoque mais antigo ao uso do termo (psicoterapia psicanalítica do início do séc. XX).

*PDB – Psicoterapia Dinâmica Breve* inclui o amplo corpo teórico-prático que tem como sua base as teorias dos percussores F. Alexander, Otto Rank e Sander Ferenczi. Vários outros contribuidores para o aperfeiçoamento e atualidade do modelo são David Malan, H. Strupp, L. Luborsky, Bellack, entre outros. Às contribuições destes autores denominaremos de «modalidades» na medida que embora introduzam especificidades quer teóricas quer práticas mantêm as linhas principais das teorias dos seus antecessores.

*PDBI* - Modelo postulado por Vera Lemgruber no seguimento do seu também modelo focal da PDB. Este compreende hoje, um dos formatos mais comuns em PDB e que é também aquele por nós utilizado.

*Prática Baseada em Evidência*, tradução direta da EBP (*Evidence Based Practice*) – Prática definida pela integração da (1) melhor investigação disponível, com a (2) *expertise* do terapeuta, (3) no contexto dos valores, cultura e preferências do paciente.

Referir-nos-emos sempre à atividade desenvolvida como psicoterapeutas dentro do contexto da profissão de Psicólogo Clínico (aqui não no contexto hoje aceite e entendido pela ordem dos psicólogos portugueses referente ao enquadramento legal estabelecido mas sim pela formação adquirida academicamente e pela forma como desenvolvemos essa mesma atividade).

*Psicoterapia concluída com sucesso* – Processo terapêutico levado até ao fim do tempo estabelecido no início do mesmo, com remissão significativa de sintomatologia, tendo-se alcançado os objetivos propostos no foco.

*Psicoterapia interrompida com sucesso* - Processo terapêutico interrompido por iniciativa do paciente ou por motivos externos, com remissão significativa de sintomatologia, avaliando-se os objetivos propostos no foco como alcançados ou alcançáveis pelo paciente posteriormente.

*Psicoterapia interrompida sem sucesso* - Processo terapêutico interrompido por iniciativa do paciente, do terapeuta ou por motivos externos, onde embora possa haver remissão de alguma sintomatologia, não foram alcançados os objetivos propostos no foco.

# ***CAPÍTULO I***

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. A Psicologia, história e ciência**

Não se apresenta como fácil a tarefa de encontrar uma origem na Ciência Psicológica e os seus vários ramos, existindo, sim, uma complexa rede de cruzamentos e interseções que compartilham espaços comuns e que logo se afastam, criando uma realidade que ainda hoje se manifesta na pergunta comum: *mas afinal qual a diferença entre psicólogo, psicoterapeuta e psiquiatra?* Mais do que responder a esta pergunta, importa abordar o desenvolvimento destes ramos do saber e sobretudo, a forma como se foram cruzando e como daí resultou o exercício da prática clínica.

A Psicologia formou-se com contornos pouco claros. A ideia de compreender, analisar e prever o comportamento humano é na realidade antiga, mas a tentativa de, através do método científico, estabelecer padrões de entendimento desse mesmo comportamento é mais difícil de situar. Uma afirmação que nos pode dar uma ideia da evolução desta ciência diz-nos que a Psicologia tem uma longa história e uma vida curta. Foquemo-nos pois na segunda.

É habitual registar-se o aparecimento da Psicologia como ciência em meados do séc. XIX *dentro* de um cenário dominado pelo positivismo. Nessa altura, a Psicologia era considerada uma matéria reflexiva, marginal ao positivismo, embora houvesse entre os estudiosos do pensamento quem propusesse um enquadramento e produção científica, com o auxílio da fisiologia ou mesmo da matemática (Sundfeld, 2000). De fato, no início do séc. XX havia duas fações entre os psicólogos<sup>3</sup>, os que discutiam coisas como o processo de memória e suas implicações e outra, que discutia os conceitos de moral ou de pensamento. Um dado que corrobora esta ideia é a formação ou profissão dos primeiros membros da APA (American Psychological Association<sup>4</sup>). Os seus membros eram psiquiatras, filósofos, pedagogos e experimentalistas. Destes últimos pode-se dizer que *denominá-los* experimentalistas seria pelo menos discutível, pois entre eles haveria vários que tinham sido médicos. Outros, como por exemplo

---

<sup>3</sup> Nesta altura o termo era já utilizado e já havia inclusive doutores em psicologia.

<sup>4</sup> Que, como se sabe, se apresenta em termos associativos como o expoente máximo da representação da Psicologia na sociedade ocidental moderna.

William James ou Willhem Wundt<sup>5</sup>, eram no fundo conhecidos pelo seu pensamento filosófico e não pela sua vertente mais experimental (Nicaretta, 2009).

Nesta fase, convém desde já referir que embora façamos referência aqui à APA e ao peso da Psicologia Americana na evolução e disseminação da Ciência da Psicologia, defendemos também que, neste período da história, as ideias, assim como o pensamento científico, acabavam por acompanhar as tendências migratórias que caraterizaram a História moderna. Na realidade muitos outros pensadores e investigadores europeus deram o seu contributo para algumas ideias que acabaram por influenciar a Psicologia do séc. XX. Entre eles temos Brentano, Strumpf e Von Ehrenfels<sup>6</sup>.

Esta dualidade já existente na época, bem como o desenvolvimento dos estudos em perceção visual e auditiva e o desenvolvimento de métodos e testes de avaliação de dimensões psicológicas (como por exemplo as escalas de Binet), contribuíram para estabelecer a ideia, mais comum até ao início dos anos 40, que o psicólogo era sobretudo um estudioso de medidas psicológicas, um técnico, “*sendo frequentes as comparações a outras profissões, como a de optometrista*” (Poffenberger, 1938, cit. por Nicaretta, 2009 p.23).

Entretanto na vertente do pensamento surgia outra corrente, que oferecia um corpo teórico de entendimento do desenvolvimento humano bem como, um método de tratamento psicológico para certas condições de sofrimento, que foi ganhando adeptos e simpatizantes: a Psicanálise.

É o surgimento da Psicanálise que marca o início da Psicoterapia e é também com este *instrumento* que os psicólogos (como veremos adiante) se iriam afirmar como participantes do modelo médico atingindo mesmo uma importância fulcral na forma como se conduziu a saúde mental até a década 60 do séc. XX.

### ***1.1. A psicoterapia***

Da psicoterapia (como processo de cuidar, tratar ou curar o psiquismo humano) encontramos registos desde a antiguidade.

No que refere à sua existência como prática reconhecida e aceite, alguns remetem o seu aparecimento para Inglaterra ainda no final do séc. XIX (referindo para

---

<sup>5</sup> Apesar de Wundt ter sido o fundador do primeiro laboratório de estudos psicológicos em Leipzig, este compreendia que embora útil no estudo da perceção e sensação, o método experimental não seria o mais adequado ao estudo de domínios mais complexos do pensamento (Sunfeld, 2000, p. 252).

<sup>6</sup> “*As contribuições de Brentano e de Stumpf foram fundamentais para a constituição da fenomenologia desenvolvida por Edmund Husserl (1859-1938)*” (Sunfeld, 2000, p. 252).

isso a figura do médico inglês Walter Dendy, que propunha o tratamento de certas doenças por influência psíquica). Outros encontram no movimento de Boston (que teve início ainda em meados do séc. XIX) ideias próprias de um movimento psicoterapêutico (Nicaretta, 2009).

No entanto, e apesar destas primeiras incidências, é de facto Sigmund Freud que funda a psicoterapia moderna. Foi ele que estruturou um conjunto teórico de ideias para explicar as doenças da psique e que criou uma teoria uma de desenvolvimento. Foi também o primeiro a receber pacientes a uma hora marcada, a cobrar-lhes por isso e a aplicar com eles as suas ideias de possível cura através do processo terapêutico da palavra. Criou por isso não só uma forma de tratamento baseado na palavra, como permitiu a quem a dominasse, legitimado por uma formação académica superior, praticá-la fora dos hospitais ou clínicas, “transportando-a “ para a prática privada.<sup>7</sup>

### ***1.2. Os psicólogos como psicoterapeutas***

Os psicoterapeutas surgiram assim em grande parte, através de formação complementar às suas licenciaturas em sociedades psicoterapêuticas várias, ou mesmo, através da aplicação de técnicas mais ou menos empíricas de intervenção baseadas sobretudo no extenso raio de ação da psicanálise.

Nesta altura, e apesar de outras classes terem feito esta formação já nas décadas de 60, 70 e 80, foram no entanto os psicólogos, nomeadamente os psicólogos clínicos, que se apropriaram da Psicanálise e com esse *instrumento* tomaram conta de boa parte da saúde mental americana entre a II Grande Guerra e a década de 60.

Esta ligação deveu-se sobretudo ao plano do Governo Americano de investir na Psicologia para dar resposta aos milhares de soldados retornados da II Grande Guerra que requeriam ajustamento psicossocial. Ao mesmo tempo, a própria Guerra desempenhou um papel fundamental na mudança de atenção dada às minorias étnico-raciais. Estes dois fatores, entre outros, contribuíram para o incitamento e recrutamento de nativo-americanos e afro-americanos para os cursos de Psicologia, bem como para um incentivo monetário nos processos de investigação (Nicaretta, 2009).

*“Os EUA dominavam assim o movimento de apoio à Psicologia, sobretudo na sua vertente clínica (que por esta altura já contava com 30 anos como ramo*

---

<sup>7</sup> Freud é ainda (ver 1.2) o pai daquele que é considerado um dos movimentos da psiquiatria moderna e também não deixa de ser com ele que se encontra uma das teorias psicológicas mais importantes do séc. XX e que (arriscamos dizer) contribuiu para um determinado funcionamento de todo um “viver social” no século passado.



*proeminente da APA*” (Baldwin, 1894, cit. por Nicaretta, 2009, p. 27). Mas esta natural *antecipação americana na inovação e investigação* foi também estendida a outros países, a maior parte deles também saídos de uma guerra longa e destrutiva que criou necessidades dos governos reformarem a sua Saúde Pública.

No Reino Unido a Psicologia Clínica surgiu reforçada com a criação da NHS (1948) - National Health Service<sup>8</sup>. É nesta altura que as competências do psicólogo clínico são fixadas e regulamentadas em Inglaterra, assim como acontecerá em França e mais tarde na própria Alemanha; no segundo movimento da Psicologia Alemã (Laidlaw & Gillanders, 2011).

Contudo, a Psicoterapia não se esgotou ao longo do séc. XX na adaptação e/ou apropriação mais ou menos científica ou normalizada dos conceitos psicanalíticos. Na realidade, e apesar do predomínio até à década de 60 das teorias psicanalíticas, outras correntes de pensamento foram formando corpos teórico-práticos de intervenção. Estas, aliadas ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação psicológica requeridos pelos processos de recrutamento das duas grandes guerras, contribuíram para o aparecimento de outras abordagens psicoterapêuticas. Este movimento influenciou não só o aparecimento de correntes psicoterapêuticas como teve um enorme impacto na Psicologia.

O investimento e desenvolvimento da Saúde Pública foi acompanhado de uma aposta na formação e na investigação, contribuindo para a forte sedimentação da Psicologia como ciência de larga intervenção social e também académica. A componente científica, nas suas vertentes de investigação/experimentação e criação de instrumentos de avaliação, nunca deixou de ser uma prioridade na Psicologia e na sua vertente clínica (Sundfeld, 2000).

*“Antes do mercado das psicoterapias surgir nos EUA, já nela existia uma imensa estrutura solidamente construída dentro das suas maiores universidades, um património herdado da psicologia experimental. A APA (Associação de Psicologia Americana) tornou-se ao longo do séc. XX uma das maiores corporações científicas do Mundo”* (Nicaretta, 2009, p. 32).

Também a Biologia, as Ciências Neuronais e a Psiquiatria, suportadas pelo avanço tecnológico, e no caso desta última, do poderoso sistema normativo de

---

<sup>8</sup> É de facto a partir da criação deste serviço generalizado de saúde que se começam a definir as competências do psicólogo clínico no Reino Unido, estando desde 2010 definidos padrões elevados de competências gerais e específicas na formação e avaliação (ver Anexo V).

classificação de doenças que constituiu os diversos DSMs (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Cooper, 2008; Lemgruber, 1997) se estabeleceram como ciências fundamentais na condução e aplicação das políticas e práticas na saúde mental.

Das mais importantes correntes psicoterapêuticas que pautaram o movimento que criou o campo das psicoterapias destacaremos a Psicoterapia Dinâmica, em particular a sua versão de curta duração ou Breve (PDB), a Psicoterapia Familiar Geral ou Sistêmica, a Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC) e a Psicoterapia Centrada no Cliente, como as mais representativas, embora uma exaustiva revisão bibliográfica nos permitisse provavelmente encontrar dezenas de práticas terapêuticas destinadas a promover a melhoria da qualidade de vida, reduzir sintomatologia e diminuir a disfuncionalidade do indivíduo no seu enquadramento social e humano.

#### 1.2.1. Psicoterapia Dinâmica Breve

A Psicoterapia Dinâmica Breve nasce do trabalho de S. Freud que, juntamente com os seus seguidores (dos quais se deve destacar Ferenczi e Alexander pela introdução de técnicas ativas), realizaram nos primeiros anos da Psicanálise tratamentos bastante curtos e eficazes (Lemgruber, 1997).

Curiosamente aquilo que nasceu de alguma forma muito próximo dos modelos mais atuais de PBD veio gradualmente a transformar-se em processos de tratamentos longos, que requeriam grande paciência, tempo e motivação, quer por parte do paciente, quer por parte do médico. Esta alteração deveu-se sobretudo ao desenvolvimento do conceito de neurose de transferência, onde se pretendia substituir a neurose original do paciente por esta, obtendo assim a resolução da primeira (Lowenkron, 1993)

É Alexander, em 1946, através de uma comunicação realizada no Instituto de Psicanálise de Chicago, mais tarde exposta de forma sistemática no livro de 1946, *Terapia Psicanalítica*<sup>9</sup>, que introduz o conceito de Experiência Emocional Corretiva ou EEC.

A EEC seria o efeito produzido por uma atitude diferente do terapeuta, em comparação aos padrões iniciais de relação do paciente com os pais. Esta atitude seria mais compreensiva e adequada e permitiria, no contexto da relação transferencial, uma mudança de atitude do paciente (Cordioli, 1993; Lembruger, 1997; Lowenkron, 1993). Alexander acrescentaria que esta EEC deveria ocorrer dentro do espaço terapêutico,

---

<sup>9</sup> Tradução livre do original – Psychoanalytic Therapy - Principles and Application (1946) publicado em língua espanhola como Terapêutica Psioanalítica - Principios y Aplicacion (1965).

procurando o terapeuta desencadeá-la (técnica ativa), mas também fora dele, i.e., na vida quotidiana do paciente. Este conceito central para a prática e sucesso da psicoterapia dinâmica atual ficaria no entanto esquecido da prática clínica dominante durante pelo menos duas décadas, sendo retomado mais tarde por Ballint, Daveenloo, Sifneos e outros (Ribeiro, 1997).

Para este *esquecimento* poderão ter contribuído fatores como: a) um enorme enraizamento da psicanálise clássica na sociedade em geral e na saúde mental em particular como resposta universal (panaceia) para todas as doenças mentais e relacionais; b) a dificuldade sentida por médicos e psicanalistas em geral, em observar aspetos fundamentais da cura fora do contexto clínico do gabinete médico. De facto, este último aspeto revela-se como bastante importante, na medida em que retirava do contexto clínico a possibilidade de mudança e o estendia à realidade do paciente.<sup>10</sup>

Voltaremos ao desenvolvimento da Psicoterapia Breve Dinâmica, seus conceitos mais importantes e técnicas no Capítulo II. Deve-se para já reter duas contribuições importantes desta corrente psicoterapêutica:

- 1- Foi aquela que fez uma adaptação (com contribuições válidas e atualizadas) dos conceitos psicanalíticos<sup>11</sup> e, como tal, foi também aquela que, depois de vencida a resistência inicial dos *psicanalistas ortodoxos*, melhores condições apresentou (leia-se uma melhor receptividade) para ser lecionada nas faculdades e institutos de Psicologia.<sup>12</sup>
- 2- Que decorre (na nossa opinião da primeira contribuição, exposta em 1). Sendo a Psicanálise a corrente dominante também se tornou muito presente na elaboração dos planos de formação das *Escolas de Psicologia*, numa primeira fase nos EUA e Inglaterra, mas sobretudo nos países europeus, latinos e na própria América Latina. Estes países, contrariamente ao que vimos para a realidade americana, com menos recursos e menos tradição experimental, mantiveram o movimento do predomínio da Psicanálise nas suas correntes formativas até bastante tarde (Sundfeld, 2000).

---

<sup>10</sup> Numa atitude muito mais construtivista e aproximada de outras leituras do comportamento humano.

<sup>11</sup> A Separação Individualização, de Mahler; A Mãe Suficientemente Boa, de Winnicott; a EEC ou a Terapia Geradora de Ansiedade, de Davenloo, são alguns dos contributos da psicodinâmica pós Freud.

<sup>12</sup> Note-se que esta corrente foi adoptada e adaptada pelos psicoterapeutas que na altura ministravam processos mais longos. Teve influência quer na Psicoterapia quer no Aconselhamento, tendo inclusivamente havido algumas tentativas de integração nas psicoterapias comportamentais e ou cognitivas, todas elas caminhando no sentido do encurtamento do período de intervenção.

### 1.2.2. Psicoterapia Familiar

Com o desenvolvimento da Psicologia comunitária nos anos 60, fundamentalmente nos EUA (movido pelas melhores condições dos pós-guerra e pela enorme mudança na forma como se viam as *verdades científicas*) através das vozes das mulheres, afro-americanos e outras minorias, a questão da verdade ou se preferirmos das verdades começa a ser questionada, investigada e debatida para além das concepções até aqui vigentes.

Em meados dos anos 70, a maior parte das ciências sociais tinha abandonado a tradicional postura objetiva e positivista e evoluído para uma leitura mais interpretativa e narrativa dos acontecimentos.

Em 1955, George Kelly publica “*The Psychology of Personal Constructs*”, iniciando ou dando voz a algo que mais tarde acabou por ser transversal à maior parte das ciências sociais, em especial a Psicologia, mas que só na década de 80 produziria reais efeitos na Psicoterapia – o conceito de mente como entidade transacional (Coale, 1998).

A terapia familiar *aproveitou* a oportunidade para introduzir, também ela, mudanças significativas na sua forma de enquadrar a família e consequentemente desenvolver outro tipo de abordagem aos problemas no contexto familiar.

Até 1955, a maior parte da terapia familiar lidava com os sintomas como fazendo parte das resistências próprias do sistema, i.e., da família, enquadrando e classificando por isso a resistência à mudança de comportamento como uma defesa à integridade da mesma. Com a introdução do sistema construtivista, o terapeuta familiar começou a ser visto não como um observador objetivo, mas sim como coparticipante no sistema, criando nesta relação novos significados que facilitassem a dissolução dos problemas (Coale, 1998).

O *boom* da ciência neuronal e do crescente *cognitivismo*, aliados à melhoria da qualidade dos serviços de saúde criou um campo fértil para o seguimento de casos em situações mais ou menos controladas, quer utilizando uma abordagem mais cognitiva quer a abordagem mais comportamentalista em psicoterapia (Cordioli, 1993).

### 1.2.3. Psicoterapia Cognitivo Comportamental

A Psicoterapia Cognitivo Comportamental (PCC) é hoje a mais praticada ao nível institucional, sendo também a mais experimentada nas suas dimensões de

efetividade e eficácia<sup>13</sup>. Os seus procedimentos mais facilmente operacionalizáveis bem como a sua focalização em problemas ou dificuldades específicas têm tornado mais fácil quer a sua verificação experimental quer a sua aprendizagem (Shedler, 2010).

Poder-se-á dizer que a PCC constitui a atual tendência no *Mundo da Psicoterapia*, tal como aconteceu na primeira metade do séc. XX para a Psicoterapia Psicanalítica.

Esta forma de psicoterapia compreende a integração de técnicas comportamentais e técnicas de modulação cognitiva, que inicialmente se aplicavam com base nos seus próprios modelos: o cognitivo, que na verdade postula um quadro relacional em que os sentimentos e os comportamentos do indivíduo estão relacionados ao modo como ele estrutura o mundo por seus pensamentos e crenças, e o comportamentalista, que postula que os mecanismos psicológicos são sobretudo aprendidos (Cordioli, 1993).

Alguns dos princípios básicos da PCC são: concentração no problema (sintoma) atual do paciente; análise dos fatores de vulnerabilidade (predisposições), fatores desencadeadores e catalisadores dos transtornos mentais; é voltada para a ação e não apenas para a tomada de consciência; estende-se à vida diária do indivíduo; e procura promover a autoajuda, ou seja, acentua a responsabilidade do próprio paciente no processo terapêutico (Margraf, 2009).

#### 1.2.4. Psicoterapia Rogeriana

Por último e dentro dos quadros mais relevantes do séc. XX referiremos ainda a Psicoterapia Centrada no Cliente de Carl Rogers. Este modelo, baseado na perspectiva humanista do desenvolvimento, acabou por dar um contributo marcante pela importância atribuída às variáveis inerentes à própria dinâmica do processo terapêutico na qual é de fundamental importância, a ênfase na experiência atual, bem como o material trazido pelo cliente<sup>14</sup> no momento do encontro terapêutico. O modelo determina ainda que a pessoa possui em si vastos recursos para a mudança o que possibilita mais liberdade ao cliente para decidir sobre a sua própria terapia (Cordioli, 1993).

---

<sup>13</sup> Os conceitos de efetividade e eficácia são referidos no preâmbulo.

<sup>14</sup> O termo cliente era fundamental para Rogers até para o diferenciar das abordagens neo-freudianas ou neo-comportamentalistas.

Ao mesmo tempo que estes quadros psicoterapêuticos se diversificavam e davam origem a subespecializações ou famílias (já em 1978, Karuso falava na existência de 400 psicoterapias diferentes, cf. Cordioli, 1993), a própria Psicologia ia seguindo o seu caminho de sedimentação como ciência capaz de compreender, explicar, testar e prever o comportamento humano, em suma, aplicando critérios aceites como científicos.

A disseminação da Psicologia foi de tal ordem que hoje existem psicólogos em quase todas as áreas de intervenção, desde as Forças Armadas às escolas, passando pelos departamentos de publicidade e marketing (onde primeiro o *comportamentalismo* e mais tarde os estudos da percepção humana se revelaram como uma enorme “*tour de force*” para a obtenção de resultados) e evidentemente nos hospitais. Assim, os psicólogos estão hoje presentes em todas as instituições de saúde pública e privada (Nicaretta, 2009).

### **1.3. Psiquiatria – Contribuição da Bioquímica**

Tendo em conta esta realidade instalada que atrás descrevemos sobre a Psicologia, quer nos EUA, quer na maior parte dos países desenvolvidos (mais ou menos periféricos), poderíamos ser levados a pensar que a enorme profusão de psicólogos (dotados de um *instrumento* de grande aceitação e outros em surgimento) tivesse levado ao desaparecimento da Psiquiatria como principal agente de intervenção em Saúde mental.

Embora a Psiquiatria tenha de facto sido *posta à prova* com a explosão de novas perspetivas de entendimento do comportamento humano, a verdade é que tal desaparecimento não aconteceu e isso deveu-se sobretudo à descoberta de novas e mais eficazes drogas utilizadas no tratamento das doenças mentais (Coale, 1998; Lemgruber, 1997).

Tal como nos diz Eisenberg (1995, cit. por Lemgruber, 1997, p.16) a propósito do período correspondente à primeira metade do séc. XX: “A *Psicanálise* era virtualmente o único jogo a jogar. Suas ideias eram tão interessantes e atraíam os alunos mais brilhantes: sua teoria estava construída de tal forma que era quase impossível refutá-la”.

É neste contexto que surge o quarto movimento da Psiquiatria<sup>15</sup>, resultante dos avanços das ciências bioquímicas e farmacológicas, e destronando a anterior realidade da Psicanálise. Retomando Eisenberg: *“E os pilares da psiquiatria psicanalítica foram abalados por um terramoto (...). O tratamento das psicoses foi radicalmente mudado pela série de descobertas ao acaso de drogas com acção psicoativa (...) permitindo restringir os episódios psicóticos agudos e minimizar as recorrências. Como as novas drogas eram específicas, a classificação e o diagnóstico passaram ser questões clínicas importantes (...)”* (1995, cit. por Lemgruber, 1997, p.18).

Um outro aspeto decorrente desta descoberta foi a crescente desinstitucionalização da psiquiatria. De facto, se os episódios psicóticos se tornavam menos e mais espaçados, seria eventualmente possível seguir os doentes em ambulatório, reduzindo o tempo e frequência do internamento hospitalar (Nicaretta, 2009).

Em meados do séc. XX, O. Delay e J. Deniker desenvolveram uma substância chamada clorpromazina, alargando a ação das substâncias psicoativas não só à psicose mas também à depressão, mania e ansiedade.

Esta série de eventos permitiu o desenvolvimento e revisão de publicações diversas de categorização das perturbações ou doenças mentais, dando um forte e renovado fôlego aos esforços precedentes de Kraepelin, como o RDC (*Research Diagnostic Criteria*) e mais tarde o DSM III (que em 1994 foi revisto e publicado como DSM IV), afastando o fantasma da Psicanálise, afirmando definitivamente a Psiquiatria Bioquímica como força dominante na prática médica.

Sobre os manuais nosológicos e o poder do diagnóstico diferencial elaboraremos a nossa visão mais à frente. Neste momento convirá estabelecer mais algumas ideias decorrentes do exposto:

a) A psicanálise é o tema central (mas não exclusivo) da maior parte da psicoterapia realizada no séc. XX, com particular incidência na Psicologia Clínica e na Psiquiatria (pelo menos até à década de 50 nos EUA e até às décadas de 80 nos países periféricos).

---

<sup>15</sup> O primeiro movimento teria nascido com a instituição de regras do funcionamento hospitalar, introduzido por Philippe Pinel. O segundo movimento nasce do trabalho nosográfico de Kraepelin, já no início do séc. XX, e o terceiro nasce com Sigmund Freud e com a introdução de uma rutura significativa de ver e compreender a mente humana (Lemgruber, 1997).

b) O sistema de categorização da doença mental conhecido por DSM permite os Psiquiatras retomarem os seus lugares na chefia das principais instâncias de saúde Mental (Coale, 1998; Cooper, 2008; Nicaretta 2009).

c) A investigação em Psicologia Clínica revela-se presente desde a formação da APA, não diminuindo sequer no auge da Psicoterapia de bases psicanalíticas.

A partir desta última (ou se quisermos primária) preocupação, a Psicologia foi crescendo na sua estrutura científica e constitui hoje uma divisão ou setor de grande relevo na própria formação dos psicólogos clínicos em todo o Mundo.

Psicologia, Psicoterapia e Psiquiatria têm assim conquistado um espaço próprio que no entanto, não tem sido estéril (como revisto atrás) em problemas verificados na sua inter-relação; confundindo-se práticas, misturando-se competências, partindo de quadros de referência científica (mas, e por isso mesmo) também eles sujeitos ao escrutínio da população em geral e da investigação experimental. Tudo isto tem contribuído para uma crescente discussão sobre o papel a desempenhar por cada um dos ramos e subsequentes especializações ou profissionalizações (bem como a efetividade /eficácia e custos inerentes a cada técnica). Esta multiplicidade de papéis tem por vezes levado à tentativa, de criar um corpo teórico-prático integracionista, com consequências pouco eficazes (Sundfeld, 2000).

Seguidamente abordaremos os contributos pós-modernos<sup>16</sup> de que a *ciência psicológica* tem sido alvo, com ênfase no crescente movimento dos Tratamentos Baseados em Evidência, e abordaremos com maior pormenor o problema do diagnóstico como variável omnipresente no ponto de partida das várias abordagens aqui expostas. Abordaremos ainda que de forma sucinta alguns estudos de efetividade da PDB no enquadramento da PBE

Realçaremos como hipóteses de trabalho a importância do aspeto relacional e das variáveis pessoais, construídas na dialógica do processo terapêutico, quer na sua vertente de gabinete (com particular enfoque nas preferências do paciente) quer na observação constante dos processos nos quais o terapeuta está envolvido, incluindo o permanente construto científico dessa mesma prática.

---

<sup>16</sup> Utilizaremos esta expressão no contexto utilizado por Harvey (1989/1993, cit. por Sundfeld, 2000, p. 253): “*Pós modernidade pode ser compreendida como uma ruptura radical com a cultura moderna ou apenas o reflexo do seu declínio*”. É nosso entendimento que a ansiedade e as constantes transformações transitórias modificam o indivíduo e, sobretudo, a sua forma de se relacionar com o Mundo, tornando-o permeável ao contexto bio-socio-político-económico-cultural- tecnológico no qual a procura de validação experimental de tratamentos que reduzam o binómio tempo/custo e a constante procura de medicamentos mais poderosos se enquadram.



## 2. Contributos Pós-Modernos

### 2.1. Tratamentos Baseados em Evidência

Tratamentos Baseados em Evidência (TBE) referem-se a intervenções que apresentam evidência empírica da sua eficácia (Baker, McFall, & Shoam, 2008). Evidência significa que a intervenção (seja ela singular ou fazendo parte de um conjunto de técnicas ou procedimentos, sejam manualizados ou não) foi comparada a um grupo de controlo ou a outro tratamento ativo, sendo demonstrada (através da análise de resultados) resposta terapêutica e melhoria da psicopatologia (Pheula & Isolan, 2007).

Os TBE são a tradução direta da expressão anglo-saxónica EST- *Empirically Based Treatments*. Em português têm sido utilizados, tratamentos com suporte empírico ou mesmo tratamentos que funcionam (Kazin, 2004; cit. por Pheula & Isolan 2007, p.75).

Embora a expressão Psicoterapias Baseadas em Evidência nos seja mais cara, utilizaremos a denominação TBE de forma a tornar mais clara a sua compreensão e também diferenciação de outro termo importante no contexto do nosso trabalho: o de EBP – Evidence Based Practice ou (da nossa tradução) Prática Baseada em Evidência, que a partir de agora denominaremos pelas iniciais da expressão portuguesa.<sup>17</sup>

PBE é entendida pela integração da pesquisa e investigação com a experiência clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente (Swift & Callahan, 2010; Thomason, 2010).

Esta denominação é também caracterizada por ser mais lata na sua própria definição, pela utilização de métodos de análise de eficácia menos rígidos e por consequência menos fraturantes e controversos que aqueles usados nos TBE.

Podemos encontrar na análise da literatura vários motivos para a acentuação de uma tendência no uso dos TBE quer nos contextos clínicos institucionais quer no contexto privado de colaboração interdisciplinar, a saber:

- Necessidade de dar uma resposta mais efetiva às queixas apresentadas pelos utentes/pacientes em Saúde Mental.
- Uma crescente preocupação com a efetividade e eficácia dos tratamentos em geral que corresponde também a uma maior informação e globalização de processos de cura junto do público (Baker, Mcfall, Shoam, 2008; Pheula & Isolan, 2007).

---

<sup>17</sup> Como está referido no glossário.

- O aumento dos custos com as participações nos sistemas de saúde e companhias de seguros das psicoterapias comuns ou gerais, tanto na sua versão breve (ou de curta duração) como na sua forma de longa duração (entendida em geral por tratamentos superiores a um ano) (Cooper, 2008; Nicaretta, 2009; Thomason, 2010).

- A melhoria considerável dos instrumentos de estudo das funções neurofisiológicas, bem com a sua ligação com as funções cognitivas, acompanhadas de uma grande aposta dos governos e fundações em financiar o estudo do cérebro.<sup>18</sup>

Contudo, este movimento no sentido de encontrar uma lista de tratamentos baseados em evidência não tem sido caracterizado por consenso.

Por um lado encontram-se, nos motivos apontados anteriormente, razões aparentemente evidentes para se tornar a Psicoterapia numa prática validada através do método experimental. Raymond D. Fowler (um dos últimos presidentes da APA) chegou mesmo a afirmar: “*Aquilo que nos separa dos assistentes sociais e ciganos é a nossa base científica*” (Dawes, 1994, p. 21, cit. por Thomason, 2010, p. 30).

Por outro lado, encontram-se defensores da validade das correntes e práticas atuais, com particular ênfase para as psicanalíticas, com a chamada de atenção para o “perigo” da medicalização e standardização da Psicoterapia e da própria Psicologia. Ilustrada aqui pela afirmação de Fox “*Os psicólogos não têm de pedir desculpas pelos seus tratamentos*” (Fox 2000, cit. por Thomason, 2010, p. 30).

O movimento no sentido da validação empírica dos tratamentos psicológicos parece no entanto estar a ganhar terreno.

Em 1996 nos E.U.A. foi constituída uma equipa responsável por definir as linhas e diretrizes de intervenções psicoterapêuticas para determinados transtornos psiquiátricos. Os profissionais eram provenientes de várias áreas ou correntes, para se evitar haver um enviesamento teórico das técnicas escolhidas (Thomanson, 2010).

O critério para uma eficácia bem estabelecida é o de tratamentos com pelo menos duas amostras aleatórias com o mínimo de 9 participantes, realizados por dois investigadores diferentes, em diferentes momentos. A primeira amostra fica sujeita a um placebo psicológico ou então a um tratamento alternativo (Pheula & Isolan, 2007) e a

---

<sup>18</sup> Durante muito tempo a discussão das funções psicológicas manteve-se aprisionada na dicotomia mente corpo. Os trabalhos de Jean Pierre Changeux, e sobretudo a obra de alcance público de António Damásio permitiram uma maior aceitação de que cérebro, mente e corpo, tal como emoção e razão, poderão ser vistos numa perspectiva holística mas científica.

segunda a uma técnica ou pacote de técnicas psicoterapêuticas escolhidas para validação.<sup>19</sup>

Embora toda esta preocupação com a validação experimental das técnicas ou procedimentos clínicos seja importante e atual, não caberá no âmbito da nossa tese a defesa de nenhuma das posições extremadas acima referidas. Nem tão pouco desenvolveremos a discussão em torno da eficácia ou/e efetividade do modelo em que assentamos o nosso trabalho diário. De todo o modo, a psicoterapia de base psicanalítica no seu modelo breve tem vindo a ser testada e analisada sobretudo desde a década de 70, quer no sentido mais narrativo (análise e observação de casos) quer através de vários estudos (também eles) respeitando os critérios hoje aceites para um tratamento ou conjunto de tratamentos ser reconhecido como baseado em evidência.<sup>20</sup>

Shedler (2010), em artigo destacado pela APA de Março de 2010 na *American Psychologist* refere de forma escurra alguns dos aspetos únicos da Psicoterapia Dinâmica (Psicanalítica) bem como a sua efetividade, quando comparada com outros tratamentos baseados em evidência. Dos estudos mais importantes referidos está uma meta análise publicada pela *Cochrane Library* em 2006, que incluía 23 ensaios clínicos randomizados em 1431 pacientes. Os ensaios comparavam pacientes que sofriam de um conjunto diverso de perturbações mentais comuns que tinham realizado psicoterapia dinâmica breve com outros grupos de controlo (pacientes em lista de espera, ou submetidos a tratamentos mínimos). Esta meta análise evidenciou um efeito geral de 0.97 para a melhoria geral da sintomatologia apresentada. Este efeito subia para 1.51 ao fim de 9 meses de *follow-up* e, no caso de perturbações somáticas, aumentava de 0.81 para 2.21, aumentando ainda de 1.08 para 1.35 em sintomas de ansiedade, e de 0.59 para 0.98 para sintomas depressivos (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006, cit. por Shedler, 2010). Estes resultados sugerem claramente a continuidade dos efeitos da psicoterapia breve dinâmica depois de concluído o tratamento (Shedler, 2010). Acrescentamos nós que parece indicar ainda de forma mais significativa um efeito que descreveremos mais tarde como de *carambola* ou de *pedradas no vidro*, que permite ao paciente, mesmo fora do ambiente terapêutico tirar partido do trabalho realizado.

---

<sup>19</sup> Estas são algumas das questões que tem levantado objeções: insuficiente dimensão e representatividade das amostras, experimentação de técnicas isoladas, validade das meta-análises, tempos de follow-up, entre outros.

<sup>20</sup> Os estudos da validade da Psicoterapia Dinâmica Breve iniciados por Malan nos anos 70 na Tavistock Clinic seguidos dos de Balint, Hildebrand e Wilson e mais tarde na Universidade de Harvard por Lindeman, Caplan, entre outros, são um exemplo, já na altura, da preocupação e interesse na contextualização científica desta prática terapêutica (Lowenkron, 1993).

Esta ideia é aliás corroborada por 5 estudos independentes que partilham e confirmam os resultados expostos no estudo anterior e dos quais ainda emerge uma diferença significativa para as outras formas (não dinâmicas) de psicoterapia empiricamente validadas, onde o efeito tende a decair com o tempo nas perturbações mentais mais comuns (depressão e ansiedade generalizada) (Shedler, 2010).

Alguns destes aspetos serão referidos com detalhe na explanação do modelo por nós praticado e na análise dos casos. Nesta altura importa realçar que a PDB tem vindo a afirmar o seu caminho na PBE e até, em algumas das suas modalidades, nos TBE.

Uma questão que surge é a da falta de estudos em PDB comparativamente aos realizados com PCC. Como afirmámos anteriormente não cabe no âmbito deste trabalho defender ou extremar posições entre as várias correntes. Todavia, e tendo em conta que este assunto ocupa um lugar central na Investigação em Psicologia (entre 2000 e 2009 foram publicados 18.000 artigos nos EUA que discutiam de modo direto ou indireto questões relativas a psicoterapias; Nicaretta, 2009) e na importância que ela poderá ter na prática clínica futura, evidenciaremos algumas questões que nos parecem pertinentes.

Uma generalização a) da efetividade da PCC que parece tomar conta da *comunidade psicológica* e que poderá induzir em erro psicólogos, formandos e até o próprio paciente (que em última análise deverá ter a possibilidade de escolher que tratamento deseja); b) uma particularização das variáveis pessoais dos terapeutas que, mesmo em situações controladas e definidas acabam, na prática, por atuar segundo aquilo que avaliam da situação; e finalmente c) a importante contribuição das preferências do paciente perante o tratamento proposto. Cada um destes aspetos será discutido em maior detalhe em seguida:

- a) Parece haver uma inclinação para atualmente se aceitar a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental como “*evidence based*”. De fato, a maior parte dos estudos controlados até à data mostram uma maior efetividade das terapias cognitivo-comportamentais em vários distúrbios (Cooper, 2008).

Serão estes estudos sinónimos de uma maior efetividade das PCC?... Ou simplesmente, indicam que muitas técnicas estudadas desta corrente psicoterapêutica provaram a efetividade das mesmas?... Na realidade são duas frases aparentemente iguais mas que podem ser lidas de diferentes maneiras.

A maior parte dos estudos hoje levados a cabo são no sentido de verificar em condições controladas o grau de eficácia/efetividade das Psicoterapias Cognitivo Comportamentais, com uma fatia da investigação a ser ainda atribuída a estudos de

*biofeedback*, estudos de resposta rápida e outros estudos referenciados como pertencendo à classe das neurociências. Só no Reino Unido em 2010 foram atribuídos 170M de libras à investigação das TBE (Cooper, 2008).

Deste modo, é natural que um dado que aparentemente já havia sido adiantado nas investigações de Luborsky e Singer em 1975, precedido dos resultados obtidos por Rosenzweig em 1936, e mais recentemente confirmados por Lambert e Ogles (2004) e Wampold, Minami, Baskin e Callen Tierney (2002), no sentido de equivaler em eficácia as diferentes formas de psicoterapia, seja confirmado e até reforçado sobretudo no campo mais investigado de ação terapêutica (cit. por Shedler, 2010).

Contudo, o facto de estas técnicas ou psicoterapias terem mostrado eficácia e efetividade não significa que outras não o tenham feito, e mesmo, que estas sejam as mais efetivas. “*Mais números não significam melhores números*” (Cooper, 2008, p. 23).

Na realidade os estudos de Luborsky (Luborsky & Singer, 1975) referidos acima, que na comunidade psicológica se apelidaram caricaturalmente de *Pássaro de Dodo*<sup>21</sup> confirmam a eficácia de todas as psicoterapias e não apenas de uma corrente.

Esta ubiquidade na validade das psicoterapias poderia na verdade ser interpretada como claramente favorável às psicoterapias dinâmicas ou às terapias centradas no cliente. Isto na medida em que: justificando primeiro a sua eficácia e no fundo a sua igual eficácia a outras formas de terapia (sendo a psicoterapia dinâmica uma das formas predominante de prática clínica) validaria a prática das mesmas junto de clientes/pacientes/utentes.<sup>22</sup>

Isto revela-se como o importante, na medida que o risco de ser lançada uma dúvida sistemática sobre grande parte do trabalho realizado por psicólogos ao longo de 100 anos, com resultados positivos demonstrados, poderia levar a um efeito contrário ao desejado pelo intuito original da discussão. O da procura de mais e melhores meios de adequação psicoterapêutica em favor do paciente.<sup>23</sup>

A discussão parece assim começar a esgotar-se no campo - *quais* são as terapias mais eficazes? - para se tornar fértil no campo - *como* é que são mais eficazes?

---

<sup>21</sup> No clássico “Alice no país das maravilhas” este é o pássaro que decreta a propósito de uma competição com vários protagonistas “Toda a gente ganhou, toda a gente leva o prémio” - tradução nossa.

<sup>22</sup> Aqui no sentido literal das várias representações de quem procura ajuda atualmente.

<sup>23</sup> De todo o modo, esta presunção não invalida as críticas bem fundamentadas a determinadas práticas e seus proponentes ou executores. Ver espaço da Reflexão Conclusiva.

Esta última consideração permite-nos introduzir o nosso segundo ponto a destacar: b) a utilização de técnicas terapêuticas de diferentes psicoterapias num decorrer de um processo de psicoterapia específico.

Na nossa prática, não raramente foram utilizadas técnicas terapêuticas estranhas ao corpo teórico subjacente (neste caso o da Psicoterapia Dinâmica Breve). De facto, trabalhos de casa, modulação cognitiva, condicionamento operante<sup>24</sup> são referidos na nossa prática clínica (ver Cap. II). Esta parece ser uma prática comum ao exercício da psicoterapia (Shedler, 2010).

Mesmo em estudos controlados, desenhados para comparar tratamentos baseados em conjuntos de procedimentos, os psicoterapeutas interagiram com os pacientes de forma diferente, implementando intervenções diferenciadas e introduzindo processos não especificados nos manuais de tratamento (Elkin et al., 1989; Goldfried & Wolf, 1996; Kazdin, 2007, 2008; cit por Shedler, 2010) mostraram em alguns estudos que técnicas terapêuticas próprias das psicoterapias dinâmicas eram utilizadas em terapias *ditas Cognitivo Comportamentais*.

Como nota, podemos assim dizer que: “existem psicólogos que investigam” outros psicólogos, que praticam psicoterapia cognitiva, que incluem elementos da psicologia psicodinâmica no seu conjunto ou bloco de tratamentos.<sup>25</sup>

O terceiro elemento que importa referir e que contribui também de forma definitiva para o lançamento das nossas hipóteses está relacionado com as variáveis pessoais, quer de terapeutas quer de pacientes.

c) Um dos aspetos que nos aparecem como relevantes nesta crescente procura em validar a prática psicoterapêutica no contexto da Psicologia atual, prende-se com o *genuíno interesse* no estudo das variáveis que correspondem ao próprio processo, trazendo à luz do dia mais e melhores dados que permitam verificar dentro das variáveis individuais e sua relação, aspetos fundamentais de efetividade da prática clínica.

Parece haver alguma consensualidade que as variáveis individuais dos psicólogos e psicoterapeutas como o sexo, idade, raça ou etnia não provocam por si só efeitos diferentes nas eficácias dos processos (Cooper, 2008; Leichsenrig & Leibing, 2007; Shedler, 2010). Todavia, combinados com a validade da terapia, estes fatores podem apresentar influência na decisão do paciente em escolher o terapeuta a ou b.

---

<sup>24</sup> Estas técnicas encontram-se também dentro das mais revistas nos processos de validação experimental.

<sup>25</sup> Daí poderíamos inferir, embora não seja necessariamente verdade, que possivelmente este incidente ocorre para qualquer modalidade psicoterapêutica.

Swift e Callahan, num estudo de 2010, ao procurarem mostrar que fatores influenciavam a escolha do paciente por um determinado terapeuta concluíram que as escolhas são feitas não só com base na eficácia do tratamento, mas sim na crença que as variáveis do terapeuta e o tipo de relação estabelecida no tratamento se mostram como mais valiosas para a escolha do mesmo. Uma possível explicação adiantada pelos autores seria a de que a idiossincrasia é um fator a ter em conta em psicoterapia e que esta seria um fator relevante para determinar que: *“a relação estabelecida com o terapeuta poderia na opinião dos pacientes ser mais importante do que a eficácia da técnica usada”* (Swift & Callahan, 2010, p. 1226).

A realização de mais e melhores estudos destas variáveis ou fatores que confirmem os resultados descritos, poderá no futuro contribuir para que o psicoterapeuta tome como relevante o tempo dedicado à construção da relação terapêutica bem como a discussão com seu paciente de possíveis técnicas ou procedimentos a usar.

Do exposto nestes últimos pontos que salientámos com maior liberdade parece de facto encontrar-se argumentos válidos no sentido de ter em conta experiências, contextos e escolhas do paciente no sucesso dos processos terapêuticos, consequentemente enquadrando como importante a PBE (Prática Baseada na Evidência).

Surge também como relevante para prática clínica, quer na dimensão da psicoterapia, quer na dimensão do aconselhamento ou mesmo na dimensão de avaliação, a seguinte ideia: o tempo dedicado à construção da relação terapêutica e na discussão de problemas que vão surgindo no decorrer da mesma revela-se como essencial ao sucesso do processo de tratamento (retomaremos esta ideia no lançamento das nossas hipóteses).

## **2.2. O poder do diagnóstico**

Já fizemos notar o contexto mais atual em que surge a elaboração e publicação do DSM. Prendamo-nos um pouco sobre a palavra diagnóstico para mais tarde desenvolvermos a forma como a comunidade científica em geral e a da psicologia/psicoterapia em particular, se tem relacionado com este pequeno livro que muita tinta tem feito correr.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Quer decorrente das prescrições medicamentosas, quer das críticas a que tem estado sujeito ao longo dos últimos sessenta anos.

Entende-se por Diagnóstico: Conhecimento (*efetivo* ou *em confirmação*) sobre algo, ao momento do seu exame; ou descrição minuciosa de algo, feita pelo examinador, classificador ou pesquisador; ou ainda juízo declarado ou proferido sobre a característica, a composição, o comportamento, a natureza etc. de algo, com base nos dados e/ou informações deste obtidos por meio de exame.<sup>27</sup>

Esta *tarefa de diagnosticar* surge, na nossa opinião, apenas como coerente se depois de efetuada delinearmos um curso de ação seguinte que envolva a situação, pessoa ou objeto examinados. Este exercício ganha ainda mais sentido quando o que estamos a tentar diagnosticar são condições físico-psíquicas presentes num ser humano. Temos assim que, decorrente do diagnóstico, se segue um prognóstico ou hipótese de intervenção, compreensão e resolução do problema diagnosticado.

É no entendimento do ser humano e na sua conceção global e particular que o psicólogo deve realizar o seu trabalho de avaliação, concebendo hipóteses e procurando um plano de intervenção apropriado que tenha em conta os interesses do paciente. Para isso, o psicólogo tem à sua disposição um número considerável de ferramentas quer de avaliação quantitativa, quer qualitativa, adequada à produção de avaliações, relatórios, histórias clínicas e linhas de ação consequentes. Todavia, e embora toda esta panóplia de testes e técnicas seja válida e usada em várias vertentes da prática clínica, é nos diversos manuais de perturbações mentais que se encontra a maior parte das decisões, verificações ou elaboração de planos de ação das intervenções psicológicas a realizar.

Debruçar-nos-emos mais sobre o DSM pelo fato de termos vindo a assinalar da nossa observação e comunicação com outros profissionais ser um dos manuais de maior referência da psiquiatria em Portugal e da atualidade do mesmo, resultante da discussão referente à revisão publicação da sua versão V que deverá ser impressa em 2013 mas cujo trabalho de preparação já dura há 10 anos e para o qual têm sido gastos milhões de dólares (McLaren, 2010). Na realidade alguns dos aspetos referidos adiante poder-se-iam estender ao ICD nas suas várias versões ou outros instrumentos de igual natureza. De todo o modo e como teremos oportunidade de referir a questão que levanta este tipo de classificação prende-se com o apontado acima na noção de diagnóstico. Se a ideia em diagnosticar é estabelecer de seguida um plano de ação que atue sobre o problema ou questão avaliada e se pressupõe um determinado tipo de terapia farmacológica para um determinado diagnóstico, então por força de razão convirá utilizar este manuais com cautela ou em dúvida beneficiar o quadro geral do indivíduo e não só sua

---

<sup>27</sup> dicionário.sensagente.com



sintomatologia. Por outras palavras mais do que questionar a etiologia, teremos de ser cuidadosos na aplicação da mesma, abrindo possibilidades de intervenções menos direcionadas mas igualmente eficazes. O que surge da leitura da crescente utilização de fármacos em adolescentes e crianças (ver 2.2.5) leva pensar se a *resposta psicoterapêutica pública* será eficaz ou de outra maneira se ela é tida em conta na altura da prescrição do tratamento.

#### 2.2.1. O Manual

No contexto da saúde Mental e em particular da Psicologia, Psiquiatria e Psicoterapia, um dos mais divulgados e influentes manuais de diagnóstico é o DSM que se apresenta hoje na sua versão revista mais atualizada de 1994, o DSM IV <sup>28</sup>, à qual ainda foi acrescentada uma revisão textual de algumas doenças, sobretudo na sua descrição, em 2000 (DSM-IV TR).

Embora este manual seja o mais influente e poderoso instrumento de categorização utilizado pelos técnicos de Saúde Mental, ele é de facto um manual de Doenças Mentais ou, utilizando uma tradução livre (dado que a tradução oficial refere Perturbações e não outros), de Desordens, Distúrbios ou Transtornos Mentais (*Statistical Manual of Mental Disorders*).

Temos assim um princípio que não raras vezes influencia toda a atividade do profissional de saúde mental: O integrar o indivíduo num sistema de síndromes sistematizados, esquecendo por vezes o próprio indivíduo na sua vertente holística.

*“Se em nenhuma medida do comportamento humano existem categorias de normalidade e anormalidade, independentemente do parâmetro estudado. Se a qualquer ser humano no mundo fosse atribuída uma nota nesse parâmetro, haveria uma linha contínua que variava entre o muito normal até ao muito anormal.”* (McLaren, 2010, p. 4).

#### 2.2.2. Procedimentos simplificados e comunicação.

A utilização “massiva” deste manual tem permitido aos profissionais de saúde mental uma comunicação entre as diversas classes profissionais e especialidades com a utilização de um vocabulário *mais ou menos compreensivo* que por sua vez se tem revelado útil na construção de planos terapêuticos (sobretudo normativos e breves).

---

<sup>28</sup> A versão V tem programada a sua publicação para 2013 e, tal como as anteriores, está envolta discussão.

É também o método recorrente para a recolha de dados unificados, utilizados em investigação e pesquisa de várias ciências, nomeadamente da ciência farmacológica mas também da psicologia (sobretudo na sua vertente clínica).<sup>29</sup>

Simplifica também a recolha de dados estatísticos para terceiras partes, com destaques para a OMS e outras organizações internacionais. É ainda fundamental para as participações por parte do Estado e das companhias de Seguro em tratamentos efetuados por psiquiatras, psicoterapeutas e psicólogos na maioria dos países ocidentais (Zur & Nordmarken, 2010).

### 2.2.3. Críticas

Este extenso documento está todavia longe de ser consensual. As críticas são antigas e têm-se vindo a acentuar (ver abaixo), vindo de vários sectores profissionais de ajuda, mas também das classes para as quais o próprio manual foi desenhado.

Valerá a pena referir no contexto do nosso trabalho as mais importantes:

- 1- Ênfase excessivo na patologia individual ligada a fatores também eles individuais (Coale, 1998).
- 2- Falta de consistência científica na metodologia estatística e empírica usada para a classificação de algumas desordens, aliada a uma linguagem pouco clara e muito interpretativa (McLaren, 2010).
- 3- Enviesamento cultural nomeadamente em relação a minorias em geral, às mulheres, homossexuais e outros. Não levando em conta as diferenças no contexto das diferentes culturas de conceitos e paradigmas, as diferenças de género, socioculturais e étnicas dos países onde está representado (Coale, 1998; Zur & Nordmarken, 2010).

Sobre este último ponto do enviesamento sexual valerá a pena referir que é uma questão que tem merecido algum destaque e críticas, quer da comunidade científica quer dos movimentos feministas. Assim nos diz Coale (1998, p.53):

*“A depressão (um dos quadros mais generalizados em diagnóstico diferencial) na saúde mental é aquele que mais prescrição origina, é considerado um síndrome ou quadro clínico de maior incidências nas mulheres.*

*Alguns autores defendem porém que a auto percepção, insight ou autoconsciência<sup>30</sup> é um dos factores de maior predição de procura na ajuda*

---

<sup>29</sup> Como referiremos adiante: isso não implica necessariamente que não se pudesse usar outros mecanismos de avaliação do indivíduo.

*psicológica pública e privada e que nas mulheres essa mesma atenção, é dirigida a factores interiores aumentando assim a queixa original de quadros depressivos, quer em clínica geral quer em psiquiatria quer em consultas de psicologia/psicoterapia.”*

Aqui Coale introduz esta ideia que as diferenças na forma como se vê a realidade interior (diferentes nos dois sexos) influenciariam a queixa original e a procura de ajuda. Que descontextualizada, se viria a avaliar como um dos quadros do DSM ao qual se seguiria a prescrição medicamentosa adequada.

Uma nota ainda para o fato do DSM ser uma classificação de um país (EUA), ou seja, «nacional»; portanto, se de facto pretendemos usar uma classificação, não seria inadequado recorrer por exemplo ao ICD-10, que é uma classificação Internacional, da Organização Mundial de Saúde e portanto resulta de um acordo entre pessoas de um leque mais alargado de países.

#### 2.2.4. Novas síndromas e novas drogas.

Como adiantámos anteriormente, várias versões foram elaboradas e revistas ao longo dos últimos 60 anos. Para além de alguns dos fatos caricaturais<sup>31</sup> e da longa discussão que tem havido na inclusão ou exclusão de certos quadros ditos patológicos do referido manual, das possíveis interpretações mais ou menos especulativas, mais ou menos políticas e mesmo conspirativas, parece ser certo que: o DSM acompanha o lançamento de novos e potentes químicos de utilização frequente e difundida.<sup>32</sup>

Outra consequência que decorre ou concorre na observação das diferentes versões é a predominância de determinados quadros ou doenças.

Temos assim nos anos 40 e 50 a profusão de histerias como linguagem dominante (em concordância com os jargões psicanalíticos de então) substituídas pela Neurose e Ansiedade nos anos 60, bem como o quadro depressivo, Personalidade *Borderline*, Síndrome Pós-Traumática nos anos 80. No século XXI tem sido patente a maior atenção dada à Doença Bipolar e aos Deficits de Atenção, bem como ao

---

<sup>30</sup> Tradução nossa.

<sup>31</sup> Como a exclusão da Homossexualidade do DSM-III feita por votação face à pressão dos grupos de direitos dos Gays e Lésbicas. Facto relatado na maior parte da literatura consultada e aceite hoje como verdadeiro.

<sup>32</sup> O DSM III surge a seguir à “descoberta” da clorpromazina. O DSM IV é publicado em 1994 mas o seu processo de revisão segue-se à descoberta do Prozac e o DSM-V que está em discussão há mais de dez anos surge num quadro de evolução de substâncias psicoativas como a ritalina ou os anti-depressivos de carácter ansiolítico e mesmo os reguladores de humor.

Síndrome de Asperger. Este último é mesmo um dos “quadros” escolhidos na nova proposta do DSM V a ser incluído na categoria de distúrbios, Distúrbios do Espectro Autístico (Official Development DSM-5 Website).

#### 2.2.5. Crescente medicalização das intervenções em crianças e adolescentes

Um outro aspeto que tem sido referido em alguma da literatura e que nos surge como digno de nota (teremos a oportunidade de o abordar no enquadramento que fazemos do caso 2 apresentado no Capítulo III) tem a ver com a utilização cada vez mais frequente dos critérios de diagnóstico deste manual para a observação e consulta de jovens, adolescentes e crianças (Coale, 1998).

Na realidade, e seguindo o apontado acima, da utilização maior ou menor de substâncias psicoativas para tratamento de quadros comportamentais, tem-se vindo a observar uma medicalização dos serviços prestados a adolescentes e crianças (Guarido, 2007).

O crescente diagnóstico de quadros de Depressão e mais recentemente de Síndrome de Deficit de Atenção e Hiperatividade tem também coincidido com o aumento enorme de produção e venda de algumas substâncias ativas indicadas para o tratamento destes quadros.<sup>33</sup>

Em relação à Depressão, é discutida hoje a eficácia de uso de antidepressivos SSRI<sup>34</sup> em crianças. Num comunicado de 2004 a própria FDA alertou pais e profissionais para estarem atentos a crianças e jovens que estivessem a tomar medicação SSRI para sinais de agravamento da depressão (Zur & Nordmarken, 2010).<sup>35</sup>

No Deficit de Atenção e Hiperatividade existem também notas a reter. A sua terminologia é usada já de forma corrente por pais, educadores e professores de forma no mínimo, descontextualizada, na caracterização de comportamentos ansiosos dos jovens (também para este síndrome existe uma proposta de alteração da verificação da idade do surgimento dos sintomas de 7 para 12 anos, Official Development DSM-5 Website).

Embora este seja já um debate antigo (sobretudo o que se refere ao uso de antidepressivos em crianças e adolescentes), e por isso pouco inovador, não deixa de ser

---

<sup>33</sup> Em 1996 já um artigo de destaque na seção de saúde do New York Times afirmava: *Recently, its use has expanded. Production of Ritalin has increased by nearly 500 percent in the last five years, the Drug Enforcement Administration reports.* (Kolata Gina) Published: May 15, 1996

<sup>34</sup> Serotonin-specific reuptake inhibitor. Aqui no original.

<sup>35</sup> Apesar deste autor referir este comunicado de 2004. Na nossa revisão encontramos esse aviso com as guias de recomendação num comunicado de 2 de Fev. de 2007. Podem ser consultados no site da FDA.

importante referir mais uma vez que o enquadramento de quadros comportamentais ou atitudinais de períodos tão mutáveis como os da adolescência já constitui em si mesmo uma tarefa árdua. Mas é na crescente e intensa prescrição medicamentosa baseada neste enquadramento que encontramos o maior problema, Embora estes assuntos mereçam consideração e atenção por parte dos psicólogos, é sobretudo numa perspectiva do desenvolvimento que poder-se-ão encontrar as maiores dificuldades na gestão dos diagnósticos nosológicos quando seguidos de uma terapia farmacológica não apoiada no seguimento psicoterapêutico. Desenvolveremos a nossa visão com detalhe no Capítulo III.

A nossa perspectiva dos sistemas normativos de classificação não se enquadra numa *ateoria*. Quer se utilize a base psicogénica ou o modelo biomédico, a etiologia das perturbações de comportamento (termo em si normativo) terá de existir. Não concordar com esta premissa seria, na nossa opinião, voltarmos a situar-nos numa realidade pré-científica envolvida em misticismos e crenças populares. Tampouco encontramos um sentido depreciativo na utilização de fármacos, que introduziu como já afirmámos anteriormente, melhoria considerável no bem-estar, sobretudo naqueles que sofrem de condições particularmente dolorosas.

Trata-se sim do enquadramento destas ferramentas numa perspectiva integrada de compreensão do fenómeno humano.

Esclarecendo melhor: o DSM IV, como aliás o ICD-10 ou mesmo manuais de mais lata classificação como o *Clinicians Handbook*, na perspectiva do nosso trabalho foi, é, e será usado como uma referência de consulta e/ou mecanismo de comunicação, institucional. A avaliação e diagnóstico dos casos por nós seguidos perspectivam uma análise integrada e não direccionada do paciente.

Nesta fase gostaríamos apenas de deixar como nota (aliás já referida) que é também nestes manuais (apesar dos inúmeros instrumentos de avaliação das dimensões cognitivas e emocionais desenvolvidos pela Psicologia ao longo da sua história) que assenta grande parte da diferenciação clínica das populações utilizadas nas amostras que servem de base à investigação em Psicologia Clínica, revelando mais uma vez, a intrincada relação das várias ciências e dos seus diversos instrumentos.

### **3. Indicação para a análise dos casos seguidos. A *leitura posterior* e hipóteses reflexivas de trabalho**

Procurámos ao longo desta revisão introduzir algumas hipóteses. Faremos agora uma súmula breve dessas mesmas reflexões, assumindo-as como hipóteses reflexivas tendo em conta que não se assumem como hipóteses estatísticas. Estas hipóteses constituirão, assim, a base para a *leitura posterior* dos casos apresentados.

Nessas *leituras posteriores* procuraremos sintetizar como poderá ser possível, através da análise das mesmas, novas e mais profícuas abordagens mantendo a Prática não como uma ciência hermenêutica mas sim como um processo constante da procura de soluções.

#### **3.1. Hipóteses Reflexivas**

a) Recuperamos assim a ideia de que o contexto e escolhas do paciente devem ser ouvidos e levados em conta quando do início dos processos psicoterapêuticos.

b) Revela-se também como central a ideia de que cada prática psicoterapêutica parece ganhar quando assente no seguimento de um modelo (independentemente de qual o escolhido), resultando isto como eficaz.

c) A atenção na produção de novas e validadas técnicas psicoterapêuticas ou instrumentos de avaliação psicológica decorrentes de investigação científica coloca-se como parte importante da atividade da psicoterapia no contexto do psicólogo, não devendo ser encarada negligentemente, mas usada dentro das próprias variáveis da profissão, neste caso em contexto privado.

d) A leitura crítica das condições do processo e das suas inúmeras variantes: a abertura do terapeuta, uma participação ativa do paciente, mudança e adaptação da técnica no decorrer do processo ou mesmo de uma sessão, entre outras, são indispensáveis.

e) O enquadramento nosológico suficiente, mas não diretivo, e a capacidade de utilizar os meios menos acomodados pela experiência clínica, deverão estar presentes.

O seguimento destes procedimentos poderá, em condições suficientes, levar à remissão de sintomas ou sinais de perturbação do paciente. Servirá para introduzir mecanismos e instrumentos que sugiram mudanças mais permanentes ou pelo menos não perenes.

Finalmente, proporcionará uma melhoria das condições da técnica psicoterapêutica, que deve ser feita, não à custa dos pacientes, mas com os pacientes.



## ***CAPÍTULO II***

### **CARATERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL E DO SEU MODELO. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA ATIVIDADE.**

Neste capítulo começaremos por apresentar os motivos que levaram à escolha deste modelo de trabalho como principal instrumento utilizado no exercício da profissão de psicólogo, fazendo um breve resumo do nosso percurso pessoal.

Para isso, começaremos por destacar as principais características da Psicoterapia Dinâmica Breve (PDB), seus conceitos e aplicações. Posteriormente apontaremos as adaptações e apropriações do modelo terapêutico que fizemos ao longo do tempo, baseadas no *feedback* dos pacientes, bem como nas limitações impostas pelo contexto cultural e funcional. Indicaremos ainda limitações e idiosincrasias pessoais. Descreveremos a estruturação das primeiras consultas, introdução de técnicas exteriores ao modelo e outros procedimentos realizados na adequação do mesmo.

Finalmente, daremos conta da forma como organizámos o espaço de trabalho, nas suas dimensões físicas (*setting*) e instrumentais, nomeadamente como se recolhe a informação e estruturam os processos. Em suma, a forma como se organiza a atividade.

Referiremos, ainda que brevemente, a forma como temos perspectivado o mercado da psicologia, mencionando ainda formações e atualizações realizadas por nós ao longo dos anos, assim como daremos nota da importância da supervisão.

#### **1. Escolha de um modelo (percurso pessoal)**

A prática da psicologia em Portugal é recente. Pudemos situá-la em meados da década de 70 (licenciatura do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e início dos anos 80 com a aprovação das licenciaturas em Psicologia nas universidades públicas. A Faculdade de psicologia e Ciências da Educação (FCPE) da Universidade do Porto (UP) foi a primeira a fazê-lo tendo visto o seu plano de estudos aprovado em 1980. Seguindo-se a FPCE da Universidade de Coimbra e a FPCE da Universidade de Lisboa, esta última já em 1983.

Como foi referido no Cap. I, Portugal não foi exceção na influência sentida da Psicanálise na formação dos seus planos curriculares nas licenciaturas em Psicologia. Pela consulta dos planos da FPCE-UC já em 1995 (Anexo I) é possível verificar a ainda predominância das disciplinas gerais no primeiro ciclo de estudos e das disciplinas de



orientação dinâmica nos 4º e 5º anos para área de estudos da Psicologia Clínica. De referir ainda que por exemplo na FPCE da UL (onde fizemos a nossa formação académica) no último ano acrescia ainda um número maior de disciplinas semestrais onde se encontravam as disciplinas de *Consulta Psicológica da Criança e do Adolescente e Relacionamento Precoce e Prevenção para a Saúde*.

Em contraste, é possível também observar o plano curricular atual do curso de Psicologia da FPCE da UC onde temos disciplinas como *Psicologia da Memória* ou *Psicologia da Atenção e Perceção* nos três primeiros anos (Anexo II). Nos cursos de Psicologia da Universidade de Aveiro (licenciatura e mestrado) e da Universidade Lusófona Portuguesa (Anexo II) nota-se a tendência seguida para os planos incluírem várias disciplinas mais atuais da área da investigação e de influência cognitiva como por exemplo, na Universidade Lusófona, a disciplina de *Psicologia da Memória* e a disciplina de *Neurociências* e na Universidade de Aveiro a disciplina de *Introdução às Terapias Baseadas em Evidência (TBE)*, entre outras.

No nosso caso em particular, enquanto estudantes da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, a escolha do plano de estudos recaiu na área de estudos B – Clínica. Este ramo, em 1991, era um dos quatro ramos passíveis de ser escolhido. Por esta altura poder-se-ia ter optado pelo ramo C - Psicoterapia e Aconselhamento, que versava sobretudo o estudo das correntes cognitivo-comportamentais. A nossa opção teve exatamente a ver com a noção de que o psicólogo é mais do que um psicoterapeuta. Todavia, é também certo afirmar que a orientação dinâmica estava mais presente no Ramo B. Foi por isso também uma escolha por opção e não por exclusão.

A formação prática foi realizada dentro do âmbito do estágio curricular, e mais tarde profissional, num dos C.A.T. (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) pertencentes ao SPTT (Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependência). Neste centro, o seguimento de casos foi acompanhado de um trabalho multidisciplinar que pressupunha (entre outros) o acompanhamento desses mesmos casos em psicoterapia individual.

O modelo utilizado pela equipa baseava-se na *prevenção da recaída*, um modelo dinâmico com integrações técnicas de outras modalidades terapêuticas, adequado ao tratamento dos comportamentos aditivos. A maior parte dos pacientes eram também seguidos em terapia familiar e mantinham regularidade de consultas com o psiquiatra da equipa, que prescrevia (para além de outros) antagonistas e análises para controlo dos consumos.

Desta prática retirou-se a importante experiência na elaboração e condução de entrevistas iniciais que permitiam reconhecer, quer através do comportamento exibido, quer em termos de sinais e sintomas, a recaída e os mecanismos aplicados pelos pacientes na recusa em admitir a mesma.<sup>36</sup>

*O Modelo Breve* surge com o propósito de enriquecer a formação já recebida dando assim resposta, aos nossos anseios e aos dos pacientes, em ter respostas que se adequassem a aspetos da leitura que fazíamos da realidade e que já na altura se apresentavam presentes no contexto da saúde mental: a) a crescente preocupação em resultados alternativos para além dos obtidos através da terapia farmacológica. b) A dificuldade em atender à enorme exigência dos processos psicanalíticos em termos de tempo e dinheiro. Estes processos mostravam também resultados difíceis de avaliar.

A realização de uma psicoterapia didática<sup>37</sup> bem como a formação ministrada pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves foram assim escolhidas para este aperfeiçoamento.

Pode-se afirmar que houve sempre a procura de ter como instrumento complementar à formação em Psicologia, uma técnica de ajuda e de resolução de problemas e por isso mais próxima de um processo de cura do que de formas alternativas de desenvolvimento pessoal.<sup>38</sup>

## **2. O Modelo: Psicoterapia Dinâmica Breve Integrada**

Já vimos como a Psicoterapia Dinâmica se foi formando e modificando de forma a fornecer algumas respostas à crescente procura de processos terapêuticos eficazes.

A denominação *Breve* acabou por ser utilizada em contraponto a tratamentos mais longos no contexto psicanalítico. *Integrada*, diz respeito à utilização possível de terapêutica farmacológica, concorrendo esta com a psicoterapia na obtenção de melhores resultados. Esta complementaridade é apenas seguida quando tal se verifique necessário<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> Isto revelou-se útil sobretudo na receção de casos de adolescentes e adultos que tinham como queixa principal outros problemas, mas que revelavam mais tarde comportamentos aditivos. De facto isso permitia mudar o foco do processo terapêutico ou mesmo interromper o processo e seguir outro tipo de abordagem ou, em último caso, reencaminhar o paciente para outros técnicos ou serviços.

<sup>37</sup> Psicoterapia feita por um supervisor que inclui a determinado ponto o partilhar dos mecanismos utilizados nas sessões, bem como outras indicações úteis da dinâmica do processo.

<sup>38</sup> Existe hoje um entendimento que a Psicanálise se enquadrará (por todo um conjunto de características) melhor como disciplina de desenvolvimento pessoal, do que como técnica de cura. Em nossa opinião é possível dar respostas orientadas que ajudem à mudança sem que com isso seja necessário regressar a todos os conflitos primordiais do paciente.

<sup>39</sup> Ver aplicação do modelo no ponto 3 deste capítulo.

A explicação para uma tendência crescente no séc. XX na utilização da Psicoterapia Dinâmica (PD) por parte dos psicólogos clínicos mas também dos assistentes sociais e alguns psiquiatras da orientação mais psicanalítica foi já referida no Cap. I.

Poder-se-ia dizer que a evolução deste modelo psicanalítico para a sua vertente breve, que inclui técnicas, por exemplo, cognitivas ou até psicodramáticas, se deveu à escolha e não à falta, i.e., devido a razões científicas procedentes de investigação e não de falta de alternativa. Mas, como acontece na maior parte da evolução técnico-científica, as razões prendem-se as mais das vezes com aspetos *mundanos* e materiais.

É nossa presunção que, tal como aconteceu com a maior parte os modelos psicoterapêuticos breves ainda no séc. XX, assim como no movimento atual das TBE<sup>40</sup>, também os fatores tempo, dinheiro e a crescente necessidade do paciente de obter respostas rápidas e eficazes, foram determinantes para a introdução de abordagens mais curtas na PD. Senão vejamos.

Tanto Ferenczi como Alexander retomaram (a seguir à II Grande Guerra) a preocupação original de Otto Rank (manifestada a seguir à I Grande Guerra) em aplicar os princípios psicanalíticos numa prática que fizesse face à enorme procura de tratamentos psicológicos (Lowenkron, 1993) e à fraca capacidade de resposta das estruturas de saúde já referidas por nós no Cap. I.<sup>41</sup> Grande parte das evoluções científico-práticas nasce realmente de constrangimentos financeiros ou logísticos de resposta. Já vimos como as Guerras podem contribuir para este efeito mas também algumas catástrofes *naturais* como a de Cocunot Grove<sup>42</sup>, entre outras, influenciaram o aperfeiçoamento da intervenção psicoterapêutica de urgência (Gilliéron, 1998).

### **2.1. Técnica Ativa**

Ferenczi retomou a ideia de técnica ativa (que Freud aliás já havia referido como importante em alguns dos seus tratamentos) como meio de aumentar a ansiedade e assim poder fazer surgir mais conteúdos do inconsciente do paciente, passíveis de serem

---

<sup>40</sup> Na maioria dos artigos por nós consultados sobre as TBE, a questão financeira ou custo efetivo era referida ou nos resumos ou logo nos primeiros parágrafos do artigo independentemente do resto do conteúdo apresentado.

<sup>41</sup> Nomeadamente nos seguimentos das duas grandes guerras.

<sup>42</sup> Este incêndio de enormes proporções que matou quase 500 pessoas teve uma influência enorme na reforma dos hospitais, sobretudo na forma de tratar pacientes queimados. Foi também um dos primeiros acontecimentos que causou o uso da penicilina em massa para o tratamento de infeções. Do ponto de vista psicoterapêutico, foi um marco no desenvolvimento do trabalho sobre o luto e sobre o luto disfuncional (realizado por Erich Lindemann), lançando também importantes contributos para o posterior estudo do stress pós traumático (Gilliéron, 1998).

tratados mais rapidamente. Mas Ferenczi foi mais longe. Acrescentou que esta técnica permitia ainda fazer sugestões ao paciente no sentido de modificar certos hábitos e renunciar a certas vantagens subjetivas da sua neurose primária ou inicial. A atividade do terapeuta era uma oposição à passividade/neutralidade do psicanalista, não permitindo assim a instalação da neurose transferencial, mas sim uma ligação ao *lado mais positivo ou saudável* do paciente. Estabelecia-se assim uma relação baseada nos acontecimentos do presente (*aqui e agora*).

A técnica ativa teria as suas limitações e algumas delas dizem exatamente respeito à resistência que poderia provocar nos pacientes, induzindo-lhe alguma ansiedade, o que teria o efeito contrário ao desejado em quadros, por exemplo, de depressão/ansiedade (que, é fato notório, representam a maior parte dos quadros atuais de diagnóstico diferencial). Este aspeto é um dos que contribui para que os modelos mais curtos, que assentam sobretudo no desenvolvimento desta técnica (geradora de ansiedade), excluam do tratamento (ver 2.3) uma parte considerável de queixas originais de pacientes, seja em contexto público, seja em contexto privado de atendimento.<sup>43</sup>

*“Se Ferenczi nos surge assim como o “pai” da PDB, ao introduzir este conceito que ia contra toda a doutrina psicanalítica da altura, é Alexander que funda realmente a PDB, introduzindo a EEC ou Experiência Emocional Corretiva”* (Lemgruber, 1997, pp. 19-20) como ponto central da sua efetivação.

## **2.2. Experiência Emocional Corretiva**

Já falámos da EEC como estrutura fundamental da PDB. Acrescentemos algumas considerações importantes sobre esta técnica central do processo.

A EEC funciona dentro de uma relação dual. Pressupõe por isso a ideia de uma determinada realidade, quer de um lado (psicoterapeuta ou não), quer do outro (paciente). Esta realidade é assumida como pré-concebida e adaptada, i.e., se Alexander pensou na EEC como uma forma de trabalhar a neurose relacional e não a neurose primária é porque assumiu qualquer das duas. Esta forma de pensar na PDB reflete uma

---

<sup>43</sup> Esta é também uma das razões pela qual, na nossa prática, foi importante a adoção do modelo integrado (preconizado por Vera Lemgruber) que faz parte do mais recente movimento da PDB. Este movimento inclui também as contribuições de outros autores, como por exemplo E. Bloom e as suas técnicas integrativas na psicoterapia dinâmica. Bloom integrou alguns aspetos da Terapia Racional Emotiva de Ellis ou a Cognitiva Reestruturante de Beck. Também estas contribuições são por nós consideradas na aplicação que temos feito da PDB.

ambivalência que nunca foi totalmente esclarecida e que nos remete mais uma vez para a questão da temporalidade.

A imposição de um limite de horas ou duração determinada de um processo impõe, como referimos atrás (1.2.1. do Cap. I), uma tendência para a valorização exterior das experiências vividas pelo paciente, bem como para uma *prova de realidade*. A prova de realidade assenta na influência dos fatores externos como, por exemplo, os biológicos ou ambientais. (Gilliéron, 1998). O *intrapsíquismo*, que Freud utilizou na explicação teórica da sua psicanálise, fica assim comprometido pois ele reside sobretudo no cruzamento do mundo interior dos dois intervenientes<sup>44</sup>.

Ferenczi e Alexander não negavam a existência deste mundo interior. O que quiseram introduzir foi a ideia que os fatores e experiências externos eram fundamentais para a dinâmica relacional entre dois intervenientes. A ideia é aliás comum ao modelo proposto por Sifneos<sup>45</sup>, que defendia que a psicoterapia face a face, num registo semanal, não permitiria a identificação e análise da neurose de transferência (primária) e daí ser importante o fator rapidez, de forma a evitar que esta se instalasse, mantendo a atenção do terapeuta no foco (Gilliéron, 1998).

Se a neurose transferencial ou de transferência se apresenta como algo a evitar na PDB, o mesmo não se passa com a dinâmica relacional dos dois intervenientes. Isto é o processo de Transferência/ Contratransferência.

### 2.2.1. Transferência e Contratransferência

Se a EEC se apresenta como a possibilidade do paciente vivenciar situações de trauma anteriores, dentro de um contexto de aceitação e ausência de censura<sup>46</sup>, é através da transferência que esta EEC é manipulada pelo terapeuta. É na transferência portanto que o terapeuta vai atuar no sentido de provocar a EEC.

Por transferência tomamos aqui o significado geral das emoções transportadas pelo paciente para a pessoa do psicoterapeuta e contratransferência exatamente como a

---

<sup>44</sup> Daí termos referido a ambivalência existente.

<sup>45</sup> “Peter E. Sifneos partiu do estudo do conceito de crise emocional para a apresentação da sua abordagem à psicoterapia breve. A Crise era vista como fazendo parte deste estado de desenvolvimento e como tal um ponto focal experimentado como ponto de sofrimento, que trabalhado em terapia proporcionaria análise do contínuo psicodinâmico do indivíduo” (Lowenkron, 1993, pp. 90-91).

<sup>46</sup> No nosso entendimento, nem sempre se devem verificar estes dois pressupostos. O essencial é haver uma postura que permita ao paciente vivenciar a resposta dada pelo terapeuta de forma a proporcionar uma mudança do seu sentir em relação ao acontecimento original. Por exemplo: uma postura confrontante em terapia, em contraste com a passividade da relação registada com os pais ou outra figura significativa.

reação emocional do psicoterapeuta em resposta à comunicação verbal ou comportamento do paciente.

*“Se é através da transferência que a EEC pode ser manipulada, é pelo uso da contratransferência que o psicoterapeuta indica ao paciente como muitas vezes poderão ser sentidas algumas reações das figuras significativas do paciente em relação a ele mesmo. Este mecanismo pode e deve ser feito sobre a forma de interpretação ou esclarecimento, mas depois do próprio psicoterapeuta processar internamente a reação contratransferencial”* (Lemgruber, 1997, p. 31).

Um dos pressupostos da riqueza da psicoterapia não manualizada é exatamente (mesmo na ausência da execução destes mecanismos na perfeição) poder, ainda assim, falar-se sobre eles na sessão ou mesmo na sessão seguinte, encontrando muitas vezes sobre os próprios erros ou omissões na formação do processo transferencial e contratransferencial, espaço para a formação de EECs.

Em PDB, contudo, e dado o caráter não neutral do psicoterapeuta, será possível encontrar na sua atitude *a priori* (na qual podemos incluir o seu quadro de referências afetivas e idiossincráticas) também um aspeto transferencial. Assim, e para os autores que temos vindo a referir, teríamos desde o *paternalismo ativo* de Sifneos até à *posição corretiva* de Alexander, passando pelo *papel de detetive* de Luborsky ou mesmo o *guia esclarecido* de Malan (Gilliéron, 1998). É impossível ser tudo isto simultaneamente, mas é nossa convicção que o importante é ter sempre uma ideia clara da transferência inicial que adotámos e estarmos cientes que mesmo desempenhando esse papel, não será raro mudarmos a nossa postura e emoções. Devemos por isso manter-nos atentos e numa posição de abertura a todos os conteúdos.

### 2.2.2. Experiências fora do gabinete da Psicoterapia (O efeito das pedradas no vidro)

Vimos em 2.2 como as EECs constituem uma possibilidade de construir, quer no processo, quer no espaço que decorre entre as sessões e mesmo após o término da psicoterapia, um conjunto de situações reacionais que permitiriam ao paciente introduzir novas formas de se vivenciar, podendo elas ter um efeito entre si<sup>47</sup>. Vera Lemgruber chama a este efeito, o «efeito carambola». Manteremos também esta denominação pois

---

<sup>47</sup> Como nota, não deixa de ser curioso constatar que, assim posto, fica bem patente o caráter de modulação cognitiva presente nesta técnica.

torna-se uma imagem, menos fraturante e complexa. Introduziremos no entanto a nossa visão metafórica deste efeito.

Na realidade, na linguagem do português brasileiro, a carambola pretende significar (entre outros) o efeito múltiplo de uma só jogada (de um jogo de bilhar ou *snooker*) onde, através do efeito aplicado na bola pelo jogador, esta acabe por bater noutras para produzir o resultado desejado <sup>48</sup>.

Da nossa experiência ao lidar com este modelo, bem como da leitura que ao longo dos anos fomos fazendo do mesmo, criámos uma outra imagem, que nos parece espelhar melhor a maneira como as EECs atuam: o *efeito das pedradas no vidro*.

Sempre que o paciente é sujeito à EEC, esta produz um efeito imediato no vidro (neste caso este vidro representa a neurose relacional presente no processo<sup>49</sup>). Esse efeito produz não só o visível buraco ou depressão no local onde é feito, mas também uma alteração da resistência e da estrutura do vidro a outras pedradas. Ao fazê-lo, estamos a alterar por isso a resistência do mesmo a outra pedra que o atinja (outra EEC). Sendo que, se existir o número suficiente de pedras, é o próprio vidro que acaba por se desmanchar, por vezes com um simples toque<sup>50</sup>. Veremos na análise dos casos 1 e 2 como esta ideia se reflete no decorrer de uma sessão ou processo.

De todo o modo, o mais importante é reafirmar que estas EECs se estendem no contexto de toda a vida do paciente e que neste caso o sucesso das EECs vivenciadas em psicoterapia facilita e cria um efeito maior nas vivenciadas fora dela e vice-versa.

### **2.3. Foco**

O Foco é a elaboração, feita em conjunto com o paciente, da problemática central a ser trabalhada no processo terapêutico (Lemgruber, 1997; Shedler, 2010). Poderá ser ou não coincidente com a queixa original que motiva a procura da consulta (a maior parte das vezes não é). Poderá também ser ou não consciente. Este último aspeto é exatamente aquele que leva a que a determinação do Foco não consiga as mais das vezes realizar-se na segunda ou terceira sessão. Se em alguns modelos com

---

<sup>48</sup> Que normalmente, na modalidade mais comum do jogo, é introduzir a bola num dos cestos da mesa (*snooker*) ou tocar noutra bola (no caso do bilhar).

<sup>49</sup> Diferente da neurose de transferência, visto se fixar no aqui e agora e resultar da dinâmica relacional dos dois participantes na psicoterapia.

<sup>50</sup> Mais uma vez não deixa de ser notável que, a uma distância de 70 anos, Alexander, que era para todos os efeitos um psicanalista, tenha postulado esta ideia próxima de algumas das teorias modernas do pensamento e funcionamento neuropsicológico.

procedimentos mais manualizados, como os de Luborsky ou os de Bellack e Small<sup>51</sup> (para dar apenas dois exemplos), o estabelecimento do foco se fixa na primeira ou segunda sessão, nos modelos mais longos, como aquele que adotamos, o trabalho de fixação do foco pressupõe o ultrapassar das limitações colocadas pela seleção do paciente, sendo assim remetido para um período entre a segunda e a oitava sessão.

Pondo de forma mais clara: a componente de ansiedade presente em muitos casos recebidos em psicoterapia faz com que o trabalho inicial assente na contenção da crise, ou libertação do agente causador de *stress*. Este trabalho torna por vezes mais difícil o surgimento do material inconsciente que depois é utilizado para, em conjunto com o paciente, se determinar o foco. É por isso necessário adiar a fixação do foco para mais tarde.

É também através do estabelecimento deste problema focal ou circunscrito que se tenta obter, mais uma vez, o afastamento da neurose primária. Todavia é necessário acrescentar que, embora essa não seja uma finalidade na PDB, esta neurose poderá aparecer e, como tal, ser um entrave ao processo focal de resolução de conflito. Neste caso introduzirá no processo os mesmos problemas que existem na psicanálise, sem que o registo utilizado permita sequer resolvê-los.<sup>52</sup>

### 2.3.1. Conflito Focal (neurose relacional)<sup>53</sup>

Uma das fundamentais diferenças deste modelo para a Psicanálise tem a ver, como vimos, com o estabelecimento de um problema específico e circunscrito, que poderá por vezes ser múltiplo<sup>54</sup> (Cordioli, 1993; Lowenkron, 1997; Ribeiro, 1997).

A forma como se enquadra este conflito tem também um tratamento diferente da resolução do conflito nuclear da psicanálise. De uma forma sucinta: o conflito focal é utilizado sobre o conflito atual, em contraposição ao conflito nuclear com origem na infância. Utilizando a metáfora das *pedradas no vidro*, diríamos que o vidro seria o

---

<sup>51</sup> Luborsky criou um manual de procedimentos para o seu modelo e Bellack e Small criaram um modelo de seis sessões de intervenção na crise (Gilliéron, 1998).

<sup>52</sup> A complexidade e teor psicanalítico deste problema não cabem no âmbito deste trabalho. Contudo, é essencial mais uma vez que o psicoterapeuta esteja atento às psicoterapias que tendem a eternizar-se (dificuldade em terminar), atento a conteúdos mais precoces e profundos feitos por si mesmo (neurose de transferência), e alerta para a recorrente procura por parte do paciente em fazer vários processos seguidos (dependência).

<sup>53</sup> Que em 2.2 denominámos de neurose relacional em contraponto com a neurose de transferência da psicanálise.

<sup>54</sup> Poderá em certas situações ocorrer que seja importante estabelecer, não um, mas dois focos do processo. Poderá também ocorrer a mudança de foco a meio do processo, e ainda acontecer que devido ao *efeito carambola* ou *pedradas no vidro* da EEC se resolva um foco e, com isto, apareçam outros focos que deverão neste caso ser tratados num outro processo terapêutico a desenrolar numa outra altura.



conflito focal e é sobre esse que atuam as EECs, mas não deixará de ser importante o que está por detrás desse vidro, que poderia aqui assumir o conflito nuclear ou de infância.

## 2.4. Duração

O problema da duração, ou mais uma vez da temporalidade, em psicoterapia é tão vasto, interessante e complexo que só a sua discussão tomaria todo o espaço desta tese. Procuraremos assim pôr em perspetiva um dos aspetos que nos surge como fundamental.

Quando nos referimos a duração temos de ter em conta o *tempo relacional*. Vale a pena citarmos aqui Edmond Gilliéron, que resume a este propósito (1998, p. 95):

*“ O grau de profundidade de uma relação varia em função do conhecimento que temos, quando nos envolvemos, da sua brevidade ou longevidade. Numa relação efémera em que o futuro é quase inexistente, pode haver uma certa empatia desprendida (...). Se a relação se mantiver, tudo o que tiver sido posto a descoberto inicialmente ficará muito confuso (...). Isto ilustra o fato de que a natureza de uma relação é fortemente marcada pelo tempo da mesma, por outro lado, ela comporta a marca do tempo interno dos interlocutores”.*

Percebe-se destas palavras que embora se tenha acomodado o termo *breve* nas psicoterapias dinâmicas, a estrutura das mesmas, como a estrutura temporal dos paciente e terapeuta, vão influenciar a duração objetiva do processo. Daqui decorre que, quando nos referimos ao termo *breve* em psicoterapia dinâmica, estamos na verdade a utilizar um *eufemismo* ou uma *antífrase*. Na realidade, e apesar de hoje haver modalidades dentro da própria psicoterapia breve que assentam em duas, quatro, ou seis sessões<sup>55</sup>, a sua forma mais corrente pressupõe a duração de 18 a 38 sessões, consoante a problemática apresentada, o critério utilizado na seleção do paciente<sup>56</sup>, a disponibilidade e motivação do próprio paciente, e os instrumentos que o psicoterapeuta está disposto a utilizar. Tendo em conta o exposto atrás no que diz respeito ao *estabelecimento do foco, o trabalho no conflito focal, bem como os efeitos das EECs* (que se podem manifestar até fora do tempo da Psicoterapia), apresenta-se como lógico

---

<sup>55</sup> No modelo de Bellack, por exemplo.

<sup>56</sup> Nos casos de seguimento de pessoas mais velhas (a partir dos 60 anos), o tempo interno mostra-se uma variável ainda mais significativa. Também em indivíduos com o teste de realidade negativo ou mesmo descompensados, a brevidade ou longevidade assume contornos específicos.

e natural que, dentro das formas de terapia hoje existentes, a PDB Integrada seja uma das mais longas.

Foi no entanto a implementação de um prazo definido para acabar o processo que introduziu a primeira forma de atividade (referida em 2.1), acabando com a neutralidade do pressuposto psicanalítico. Ferenczi e Rank referiram que, contudo, seria irresponsável fixar esta data no início da psicoterapia, dado que iria causar uma resistência no paciente, podendo levar ao reatar de movimentos do passado, contribuindo para o rompimento da aliança e consequentemente ao fim ou interrupção da mesma (Lowenkron, 1993).

Hoje, é comum às várias modalidades estabelecer o prazo de duração da psicoterapia ressaltando todavia que este dependerá do que ocorre e decorre da própria. Temos assim uma meta, mais do que um prazo (Cordioli, 1997)<sup>57</sup>.

#### 2.4.1. O terminar: As altas em PDB

O terminar do processo adquire em Psicoterapia Dinâmica Breve, sobretudo nas modalidades de maior duração, um caráter importante e determinante no desenrolar e por vezes mesmo no *sucesso* do mesmo e por isso ocuparemos um espaço mais significativo na análise desta dimensão, procurando estabelecer uma ligação com o que também ocorre na nossa prática clínica.

Uma das ideias correntes, na interpretação dinâmica<sup>58</sup> mas também na fenomenologista, refere que o terminar remete para a problemática da morte, seja ela a morte no sentido real, seja ela a morte das imagos ou, utilizando uma linguagem mais integracionista, das imagens figuradas ou representativas de nós próprios e da nossa finita existência. Irvin D. Yalom diz-nos que “*toda a psicoterapia serve para ajudar o paciente a lidar com os fatos duros da vida*” (Yalom, 1996, p. 4). Dentro destes fatos, ele elege a inevitabilidade da morte como o primeiro.<sup>59</sup>

Em PDB, qualquer luto poderá aparecer no decorrer do processo ou através dele e da resolução do conflito focal, mas é no fim do processo que muitas vezes se revela

---

<sup>57</sup> É também esta uma das diferenças notadas para as psicoterapias cognitivo-comportamentais (PCC) que são por natureza breves (excluindo talvez o caso das intervenções nas perturbações de personalidade, assumidamente mais longas no âmbito da PCC do que as intervenções dirigidas às perturbações do Eixo I da DSM).

<sup>58</sup> Os estudos de Mahler, Bolby, entre outros, continuam hoje como referências no abordar da problemática da separação e do fim ou interrupção dos processos relacionais.

<sup>59</sup> A liberdade de viver como desejamos, a condição inevitável da solidão, e a ausência de significado óbvio para a vida, seriam os outros três.

com maior intensidade. Este terminar do processo, na medida em que implica também o fim de um hábito (consultas semanais), um desaparecer físico do *setting* e da pessoa do psicoterapeuta, assim como um desaparecimento da autoimagem do paciente como alguém que esteve debilitado e em processo de tratamento, leva muitas vezes ao surgimento da necessidade de fazer o luto de todos estes papéis ou dimensões perdidas. O terminar do processo deve ser antecipado pelo psicoterapeuta através de verbalizações que levem o paciente a sentir que o processo está a chegar ao fim. Pode fazer-se isto de uma forma mais notória, introduzindo o assunto: "*Os nossos objetivos parecem estar cumpridos, teremos de pensar em acabar os nossos encontros*", ou de forma mais subtil, introduzindo a ideia que as sessões começam a *esvaziar-se* e perguntando ao paciente o que pensa ele do processo, da sua continuidade ou término. Convirá antecipar a última sessão com alguma distância. Na nossa prática, isto é usualmente feito um mês antes<sup>60</sup>. Este tempo permitirá ao paciente elaborar o seu luto do processo, bem como permite o aparecimento de dificuldades que possam não ter sido analisadas ao longo do mesmo.

A dificuldade em terminar aparece quando, perante o fim da psicoterapia, o paciente revela para além do esperado<sup>61</sup> (o que dependerá de caso para caso) comportamentos de apego (ofertas, faltas consecutivas na última sessão agendada), resistência e dependência (caracterizadas por uma procura consecutiva do terapeuta depois da última sessão, telefonemas, etc.) ou mesmo comportamentos reativos exagerados, acompanhados de recidivas na sintomatologia depressiva ou ansiosa. Nestes casos será conveniente uma leitura, quer em conjunto com o paciente, quer individual, por parte do psicoterapeuta, do que poderá estar na origem de tais comportamentos. Poderemos estar perante o caso de um luto mascarado que não apareceu no decorrer do processo ou, por exemplo, de uma dificuldade de separação acentuada que poderá remeter para outros focos de conflito.

Todavia, e dado que o processo tem um prazo mais ou menos delimitado, e que os processos em cadeia *da carambola (pedradas no vidro)* fazem sentir os seus efeitos

---

<sup>60</sup> Com o decorrer do tempo verificámos não ser positivo o terminar de psicoterapias junto de períodos festivos ou férias de verão, na medida em que aumentavam a ansiedade de separação na maior parte dos casos. Embora seja uma generalização que carece de estatuto científico, temos mantido o hábito de evitar o término nestas alturas, remetendo para depois destes períodos o fim dos processos.

<sup>61</sup> Exceção a estes pressupostos são as psicoterapias onde o foco é exatamente um determinado luto. Nestes casos, para além dos procedimentos do nosso próprio modelo, procedemos a outras avaliações complementares através das taxonomias propostas por Lazare em 1979, e seguindo o enquadramento dado a estas por J. William Worden no seu manual *Terapia do Luto. Um Manual para o profissional de saúde mental*. Artes médicas, 1998.

bem para além da duração da psicoterapia (Lemgruber, 1997), é também da capacidade do psicoterapeuta de fazer o luto da sua própria relação que se estabelece um processo de término positivo.

As altas ou curas em PDB não dependem assim da remissão de sintomas, embora visem também esse objetivo, ou mesmo da resolução de todos os conflitos do paciente, mas sim do atingir da meta que se propôs no início. No entanto, e quando a reação é aguda, poder-se-á estender a psicoterapia por mais duas a quatro sessões, dando assim mais tempo para a elaboração do luto e surgimento de EECs. Pode-se também marcar um *follow-up* para daí a sessenta dias. Estes procedimentos visam muitas vezes reforçar a Aliança Terapêutica (ver 2.6), numa altura de dissolução do trabalho permitindo o enquadramento positivo e construtivo da relação e ajudando a sedimentar o processo de separação.

### **2.5. Seleção de pacientes**

Como em qualquer processo psicoterapêutico, existem indicações mais ou menos precisas quanto à sua utilização (tanto na vertente da adequação e validade do tratamento às patologias apresentadas, como nas características dos pacientes).

Se tomarmos como exemplo as modalidades de PDB propostas por Sifneos (Técnica causadora de ansiedade), ficaremos mais restringidos na nossa possibilidade de acolher casos. Sifneos postulava as seguintes condições para a possível aplicação da PDB: uma queixa circunscrita, motivação para mudar, capacidade em expressar sentimentos e interagir flexivelmente com o terapeuta, capacidade intelectual acima da média. Finalmente, a existência de um relacionamento significativo na infância (Lowenkron, 1993).

Davanloo<sup>62</sup> vai ainda mais longe, referindo, para além das anteriores, a capacidade de responder às interpretações e flexibilidade de defesas do ego (Lemgruber, 1997). *“De uma forma geral estariam excluídas de possível ajuda através da aplicação deste modelo pacientes que apresentassem psicoses, doenças afetivas, comportamentos aditivos, sintomas obsessivo-compulsivos ou fóbicos incapacitantes, bem como perturbações de personalidade graves, como por exemplo a Perturbação de Personalidade Borderline”* (Cordioli, 1993, p. 8).

---

<sup>62</sup> Apesar de uma maior restrição nas indicações, Davanloo, que desenvolveu em 1978 as PDCP (PD de curto prazo), acreditava que os pacientes que reagiam positivamente às PDB apresentariam condições mais perturbadas da personalidade que as neuroses. A sua técnica baseava-se na posição dominante e muito ativa do terapeuta (Gilliéron, 1998).

Para além da já referida lista de validade/eficácia<sup>63</sup> de psicoterapias e suas modalidades, que continua aberta à contribuição de novos estudos e suas conclusões, poder-se-á dizer que esta forma de psicoterapia, embora se mostre mais adequada em determinado tipo de casos e portanto em determinado tipo de pacientes (em terapia, quadro e pessoa estão intimamente ligados), será indicada para: reações de ajustamento (perturbações reativas) e perturbações de personalidade leves (organizações neuróticas da personalidade) bem como situações agudas na vigência de perturbações caractereológicas crónicas.

Por outro lado, terá pouco ou nenhum efeito sendo mesmo contra indicada em casos de: psicoses, comportamentos aditivos, sintomas obsessivo-compulsivos ou fóbicos incapacitantes, organizações de personalidade com a necessidade frequente de hospitalização, tentativas de suicídio ou condutas auto destrutivas, e finalmente situações de emergência que exijam intervenções rápidas do tipo mudança ambiental.

No que diz respeito à aplicação do nosso modelo (propriamente dito), a PDB Integrada, teremos oportunidade de afirmar as nossas convicções e limitações impostas na seleção de pacientes no ponto 3.1.3 deste capítulo. Fixemos entretanto as principais:

a) O modelo integrado pressupõe a indicação para seguimento psiquiátrico quando se verificarem quadros de ansiedade, depressão grave, perturbações do comportamento alimentar, aditivo, sexual e outras.

b) A existência de seguimento por parte deste modelo não implica exclusividade no tratamento. Em determinados quadros patológicos será indicado recorrer ao uso de outras técnicas ou mesmo especialidades. Como é o caso das demências, perturbação esquizoafetiva, comportamentos aditivos e POCs (perturbações obsessivo-compulsivas) severas, quadros reativos de depressão desde que agudos na apresentação de sintomas. Para além das referidas, as Perturbações de Personalidade de uma forma geral, embora possam ser seguidas através da aplicação do modelo, estarão sujeitas a uma observação mais atenta de procedimentos, mostrando por isso a PDB nestes casos uma eficácia limitada.<sup>64</sup> O apontado na alínea a) poderá ser aplicado em situações onde o quadro não seja crónico, mas sim constituído por um episódio agudo, onde para além do indicado se

---

<sup>63</sup> Lista da validade de Psicoterapias resultante do trabalho realizado em 1996 pela equipa da divisão 12 da APA (American Psychological Association), bem como variados estudos de eficácia e efetividade das psicoterapias já referidos neste trabalho.

<sup>64</sup> Esta avaliação deverá ser feita caso a caso, visto ser na compreensão psicodinâmica (e não no diagnóstico nosológico) que assentamos o nosso trabalho.

deverá proceder a uma terapia de suporte<sup>65</sup>. Nesta dever-se-á ter particular atenção em suprir a carga do agente causador de ansiedade normalmente presente. Isto poderá ser feito dentro do uso das técnicas dinâmicas ou utilizando outras: modulação cognitiva, condicionamento operante, várias técnicas de dessensibilização ou de relaxamento.

c) A PDB é indicada para pessoas que apresentem características de desenvolvimento de um adulto, não sendo por isso adequada a crianças.

Também as pessoas mais velhas estariam de alguma forma limitados nos benefícios a tirar de um processo deste tipo. A maior parte dos autores não especifica limitações de idade no seguimento de adultos. Todavia, e tendo em conta a base psicanalítica da PDB, é um dado mais ou menos aceite que o envelhecimento poderia traduzir um aumento das contraindicações para a seleção de pacientes. A este propósito vale a pena acrescentar o seguinte.

É nossa presunção, e como tal deverá ser analisada cautelosamente, que uma das razões pela qual o problema não se punha com intensidade na maior parte dos modelos criados até ao fim dos anos 80 e nos quais no fundo se baseia o nosso próprio modelo, estará relacionada com a enorme transformação psicossocial e mesmo biológica sentida no modo vida dos idosos nos últimos 20 anos<sup>66</sup>. Esta mudança (no aumento da esperança média de vida, melhores condições financeiras, maior número de divórcios em idade tardia, maior tempo de permanência das crianças com os avós e renovados instrumentos de sociabilização e relação com a internet, que potenciam novos relacionamentos amorosos, ou outros, (com consequências na forma como se vê e pratica a sexualidade) permitirá hoje a qualquer pessoa com 60 ou mais anos encontrar um contexto social e humano que propicia a procura de ajuda/suporte psicológico. É necessário por isso estar atento a esta significativa evolução, de forma a poder dar-lhe uma resposta positiva.

Seguimos desta forma a ideia do envelhecimento ativo, como o processo de otimização das oportunidades de saúde (sendo a psicoterapia uma delas), participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que o envelhecimento vai acontecendo (Organização Pan Americana da Saúde, 2005).

No que refere à nossa interpretação do modelo e, como veremos adiante, desde que estejam reunidas as condições e indicações que pressupomos essenciais para o seguimento em Psicoterapia, e independentemente da idade, o caso é acolhido.

---

<sup>65</sup> Que poderá ser executada ou não dentro do modelo dinâmico.

<sup>66</sup> Que parece perder alguma da sua força devido á crise económico-social presentemente vivida.

## 2.6. Aliança Terapêutica

A Aliança Terapêutica (AT) é provavelmente um dos poucos aspectos transversal a todas as psicoterapias, aceite como fundamental na eficácia da mesma.<sup>67</sup> Por Aliança Terapêutica entende-se o aspecto consciente e não *neurotizado* mantido pelo paciente com o terapeuta que facilita o trabalho realizado (Cordioli, 1993).

No contexto dos nossos objetivos é importante realçar sobretudo a necessidade do estabelecimento de uma relação positiva e saudável, não só no início do tratamento, mas também em toda a sua duração. Entenda-se que isto não reflete apenas a colaboração e adesão ao processo, que seria determinada pela vontade consciente do paciente em tratar-se, comparecer às consultas dentro da hora marcada e cumprir as suas obrigações financeiras para com o terapeuta (Lemgruber, 1997). Esta adesão pode por vezes esconder um desejo de gratificação pernicioso. Também o desejo de ser curado ou tratado pode não incluir o conceito da AT, dado que pode ser originado por uma série de ilusões e pensamentos mágicos sobre as competências do psicoterapeuta ou da própria psicoterapia. Este desejo deve ser interiorizado e genuinamente transmitido na relação transferencial.

Na nossa prática clínica procurámos resumir, seguindo algumas das indicações das várias modalidades da PDB, os seguintes procedimentos para facilitação da AT: ser recetivo aos problemas do paciente, reconhecer os progressos do paciente e indicar-lhos, incentivar a manutenção das defesas úteis e atividades construtivas. Por norma, tendemos a usar o *nós* como pessoa verbal fundamental para ultrapassar os problemas apresentados, de forma a criar um entendimento da Psicoterapia como um ato conjunto.

A Psicoterapia Dinâmica Breve Integrada (PDBI) apresenta-se assim na nossa opinião como um modelo atual. Denota plasticidade e adaptação dos seus conceitos e técnicas, permanecendo fiel às suas raízes de compreensão psicanalítica. Introduce objetivos circunscritos, requerendo planeamento e delineamento de hipóteses dinâmicas. Constrói também em conjunto com o próprio paciente o caminho mais indicado a seguir, recorrendo por vezes à *meta-análise*, sem renegar à formação e atualização científica. Revela-se adequada ao seguimento de variados transtornos psíquicos e eficaz na resolução de um número vasto de problemas. Procura assim, desenvolver

---

<sup>67</sup> Ainda assim existem algumas vozes dissonantes. Baker et al. (2008) referem uma série de estudos que parecem concluir a pouca relevância dos Fatores *Inespecíficos* e da *Aliança Terapêutica* como questões a considerar na efetividade das psicoterapias.

*instrumentos psíquicos* que permitam a mudança na maneira de viver acontecimentos problemáticos, que surjam ou tenham surgido na vida dos pacientes.

Hoje, continua a proporcionar-nos um instrumento poderoso da nossa atividade, reunindo condições que julgamos enquadrarem-se no âmbito da PBE (prática baseada em evidência).

### **3. Atividade profissional**

No ponto anterior tivemos a oportunidade de desenvolver as linhas que nos parecem fundamentais da PBDI no contexto dos objetivos deste trabalho. A seguir iremos referir os aspetos principais e resumidos da nossa própria prática deste mesmo modelo que ainda não tenhamos adiantado na exposição do mesmo. Daremos também um panorama da restante atividade que temos desenvolvido enquanto psicólogos ao longo deste período.

#### ***3.1. Adaptação do modelo psicoterapêutico***

Poderemos encontrar nesta apropriação e aplicação da PBDI algumas adaptações que não se encontram exatamente conforme o modelo pormenorizado no ponto anterior. Estas resultaram sobretudo da aplicação de critérios idiossincráticos e éticos. De todo o modo, não é possível ignorar que esta profissão constitui também ela própria a prestação de um serviço e como tal se rodeia dos constrangimentos e limitações próprias dessa mesma prestação.

Optámos por expor a nossa prática na forma o mais próxima possível da realidade, permitindo assim observar quer as virtudes, quer as consequências porventura menos positivas da mesma. Ao fazê-lo, pensamos estar a contribuir para uma compreensão e análise futura deste enquadramento mais completa, que é afinal um dos objetivos do presente trabalho.

De qualquer forma, a profissão de psicólogo está hoje enquadrada dentro dos estatutos da mesma Ordem recentemente constituída, onde se encontram também nomeadas as suas responsabilidades e direitos, assim como o seu código deontológico<sup>68</sup> que fixa e nomeia princípios gerais da prática profissional que todos os dias, desde 1996, procuramos observar e respeitar.

---

<sup>68</sup> Publicado no Diário da República, 2ª série, nº 78 de 20 de Abril de 2011



### 3.1.1. Estatísticas

Ao longo destes 16 anos recebemos 297 casos, dos quais considerámos aptos para ser tratados segundo o modelo da PDBI 178. Dos restantes 119, 68 foram acompanhados num registo que optámos por chamar de aconselhamento<sup>69</sup>, 24 correspondiam a pessoas que apenas procuravam uma consulta de avaliação, sendo que algumas delas não tinham inclusivamente a ideia se estavam a consultar um psiquiatra se um psicólogo. Procuravam sobretudo avaliações ou relatórios para efeitos de juntas médicas, baixas, etc. Os outros 27 pacientes foram reencaminhados para outros serviços ou técnicos (Anexo VI, Gráfico 4). No que respeita ao sexo mais uma vez fica patente a ideia geral de que as mulheres recorrem mais facilmente a ajuda psicológica do que os homens, o que remete para a questão da escuta interna referida no Cap. I a propósito da depressão nas mulheres.

Nos casos onde foi utilizada PDBI (178); 12 desistiram até à quarta sessão, 22 desistiram ou abandonaram o processo até à 18ª sessão. Dos restantes 144, 111 acabaram a Psicoterapia com sucesso dentro do período que havia sido proposto de início; 30 interromperam antes da data que havíamos pensado, embora consideremos que o processo teve sucesso. Finalmente, 14 acabaram a terapia depois da décima oitava sessão, sendo por nós assinalada como psicoterapia interrompida sem sucesso (Anexo VI Gráfico 3)

As razões apontadas para a interrupção de alguns destes processos psicoterapêuticos foram várias. Desde a indisponibilidade financeira até à resistência na resolução do conflito com a instalação da neurose nuclear ou de transferência, ou pela emigração. Podem também encontrar-se motivos ligados às dificuldades do próprio Psicólogo que possam ter interferido com o processo, nomeadamente processo de contratransferência negativa, o sentimento de onipotência velada, deficiente avaliação do caso, entre outros<sup>70</sup>.

No glossário tivemos a oportunidade de fazer nota dos critérios utilizados para a nossa classificação de efetividade das psicoterapias, *concluída com sucesso*, *interrompida com sucesso*, *interrompida sem sucesso*. Embora os números apontados acima reflitam essa avaliação feita por nós no final das terapias, a verdade é que cada caso foi analisado por nós nessa mesma altura e muitas vezes revisto no *follow-up*, permitindo confirmar na maior parte dos casos a efetividade da psicoterapia. Muitos dos

---

<sup>69</sup> Aqui no sentido dado por Maria Rita Medes Leal do psicólogo enquanto consultor. (Leal, 1998).

<sup>70</sup> Ver considerações sobre as limitações do psicoterapeuta no processo reflexivo final (Cap. IV).

pacientes por nós seguidos ainda mantêm contato connosco, dando conta de acontecimentos relevantes da sua vida tanto positivos, como difíceis ou dolorosos.

Como nota será importante referir que os números são importantes para os processos de investigação em psicoterapia e que veríamos com bons olhos uma recomendação para que todos os psicólogos recolhessem e tratassem os dados do seu trabalho de forma a permitir posteriores análises de dados que facilitassem estudos sobre o panorama da atividade da psicologia e, dentro desta, da psicoterapia no nosso país.

### 3.1.2. As consultas

Os pacientes encontraram variadas maneiras de recorrer ao atendimento. A mais relevante foi o encaminhamento feito por outros profissionais de saúde mental e geral, nomeadamente médicos, enfermeiros, técnicos de reinserção social, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Com o decorrer do tempo, os acordos entretanto estabelecidos permitiram a receção de casos reencaminhados através das redes de prestação de cuidados de saúde das instituições ou companhias de seguros. De qualquer forma, grande parte dos pacientes vinha recomendada por outros pacientes que haviam já terminado os seus processos.

Existiu durante um período inicial a ideia de criar uma equipa multidisciplinar que permitisse um melhor e mais adequado enquadramento e seguimento dos casos recebidos. Esta ideia passaria por ter no mesmo espaço, se possível, uma rede de profissionais<sup>71</sup> que proporcionasse uma resposta cabal aos vários pedidos dos pacientes e aos vários e diferentes quadros psicopatológicos possíveis de diagnosticar, seguir e tratar em ambulatório, num contexto privado. Essa equipa nunca funcionou num sentido institucional (com reuniões de equipa, discussão de casos etc.), mas o perfil de formação e os modelos diferentes utilizados pelos diferentes psicólogos e psiquiatras, bem como a comunicação entre eles, permitiu uma maior resposta aos diversos pedidos feitos pelos clientes no consultório.

---

<sup>71</sup> Esta rede que se mostra importante para o seguimento integrado dos pacientes acabou por funcionar, embora em espaços diferentes, num regime de colaboração aberta. Ver ponto 4.3 deste capítulo.

### 3.1.3. Triagem e reencaminhamento

É frequente, num meio tão fechado e pequeno como aquele onde temos desenvolvido a nossa atividade, encontrarmos pacientes que, de uma forma ou de outra, se relacionam connosco ou com alguém de quem somos muito próximos. Este aspeto limita grandemente o mercado do psicólogo em geral, mas sobretudo daqueles que como nós escolheram a psicoterapia como instrumento principal de atividade. Estes constrangimentos obrigam assim a ter também critérios de seleção (ver ponto seguinte) de pacientes para além das indicações do modelo da PDBI.

O critério seguiu as indicações dadas na altura pela prática internacional da Psicologia/ Psicoterapia, os aspetos formativos da Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves, bem como as ideias resumidas em alguns manuais, dos quais destacamos o de Maria Rita Mendes Leal (1999), *“A psicoterapia como aprendizagem”*.

Nestes 16 anos foram reencaminhados para outros serviços variados casos que apresentavam contra indicações a serem seguidos por nós, ou indicações mais propícias ao seguimento quer por outras especialidades quer por outros colegas (ver ponto 3.1.1.).

### 3.1.4. Seleção

O contexto da prática da Psicologia e em particular da psicoterapia em contexto privado cria um movimento ambivalente na seleção dos pacientes a seguir.

Se, por um lado, o fato de se escolher um modelo específico como tronco central da atividade de psicólogo pode criar constrangimentos na receção de casos, por outro, a desregulação que durante alguns anos grassou na prática das atividades de *ajuda* e a fraca informação dos próprios pacientes permitiria a receção de todo o tipo de quadros e de pessoas sem que sobre isso estivesse acionado nenhum tipo de mecanismo de controlo, fiscalização ou validação, para além dos indicados na lei. Estamos (como estávamos na altura) convencidos que esta situação foi aliás aquela que, de uma maneira mais generalizada (pois existem outros fatores) levou à crítica, hoje em dia notória e presente no próprio movimento de surgimento das TBE. Essa crítica afirma que a Psicologia, sobretudo na sua vertente psicoterapêutica, particularmente psicanalítica, falhou nos seus objetivos de curar e transformar positivamente a vida dos indivíduos (referido por exemplo por Pheula & Isolan (2007), Sundfeld (2000), Thorn (2007), entre outros).

Havia assim que estabelecer um conjunto de critérios com o qual estivéssemos confortáveis e ao mesmo tempo permitissem evoluir dentro do modelo escolhido, introduzindo novas e possíveis técnicas, ou integrando a prática com novos e mais capazes pressupostos científicos, sem com isso deixar de dar resposta aos pedidos de ajuda.

#### 3.1.4.1. *Idade*

É comum encontrar-se na literatura e também na prática da Psicologia a ideia que se deve apresentar um tratamento diferente e adequado consoante a idade. Isto, independentemente das condições demonstradas pelos pacientes, psicopatologias, dificuldades cognitivas ou de aprendizagem entre outras. Deve-se portanto separar adultos de crianças e adolescentes.

É um fato notório que as características das crianças levam a que abordagem clínica seja diferente e requeira outras competências da utilizada em adultos. Por outro lado, é através *do brincar* ou do uso de instrumentos adequados à falta do domínio da linguagem na sua dimensão total (caraterística das crianças), bem como a sua falta de *insight* ou autoconsciência, que se pode aferir muitas vezes a condição onde se pretende atuar.

É nossa convicção e, como tal, foi aquela que temos seguido para o estabelecimento dos critérios de seleção referentes à idade, que a sociedade atual tem vindo a sofrer, por razões algumas delas concorrentes ou interligadas às expostas para a evolução da terceira idade, uma *infantilização* gradual. Esta ideia é reforçada nas convicções de Mauricio Knobel e Arminda Aberastury que referem que, para além dos fatores de embasamento psicobiológico de caraterísticas universais da adolescência, existe uma expressão circunstancial de caráter geográfico, temporal e histórico social dos períodos ou fases de desenvolvimento do ser humano, sobretudo da adolescência (Aberastury & Knobel, 1981).

Esta perspetiva leva-nos a observar com cuidado as fronteiras clássicas dos períodos de desenvolvimento, remetendo para uma análise cuidada de cada adolescente acolhido em consulta, mas criando também a hipótese de reconhecer diferentes graus de desenvolvimento psico-bio-social dentro de uma dada faixa etária. Posto de outra forma: acreditámos ser possível haver adolescentes com 18 anos com pouca ou nenhuma indicação para serem seguidos em PDBI e haver outros com 15 que, desde que devidamente enquadrados, reajam positivamente à PDBI, alcançando os objetivos

propostos. A linha central do nosso pensamento no que se refere a este assunto e à prática clínica levou-nos por isso a receber, seguir e concluir com sucesso inúmeros casos de adolescentes (Anexo VI, Gráfico 2) utilizando a PDBI como referência, com adaptação mais ou menos adequada de alguns dos seus procedimentos, incluindo a complementaridade eclética.<sup>72</sup>

Não recebemos nenhuma criança ao longo destes anos, remetendo esses casos para colegas que de alguma forma tivessem escolhido adaptar os instrumentos e a idiossincrasia da sua prática à psicologia infantil. Recebemos, porém, dezenas de adolescentes procurando seguir e aplicar os parâmetros do nosso modelo psicoterapêutico.<sup>73</sup>

#### 3.1.4.2. *Laços familiares*

Os casos de familiares em grau direto do paciente que estivéssemos a seguir eram reencaminhados para outros colegas. O seguimento de cônjuges de pacientes que já tivessem sido seguidos acontecia só se houvesse um intervalo de três anos entre os dois processos e sempre com consentimento dos mesmos (avisando que no decorrer desse processo não haveria lugar ao contato com o outro cônjuge).<sup>74</sup> O critério seguido para familiares aplicou-se naturalmente também a pessoas com relações significativas entre si.

#### 3.1.4.3. *Espaço entre processos psicoterapêuticos*

O espaço determinado por nós para a realização de uma nova psicoterapia era de 3 anos. A ideia pressupõe que havendo *follow-ups* aos 6 meses e ao ano e meio depois de terminado o processo, o paciente terá o *seu tempo* para o surgimento quer de EECs exteriores resultantes da Psicoterapia, quer para o surgimento de acontecimentos de alguma forma relevantes na sua vida exterior. Com este procedimento julgamos respeitar a ideia que a Psicoterapia, quando acaba, inicia também um novo ciclo na vida do paciente, que requer tempo de afastamento do registo terapêutico em todas as suas dimensões.

---

<sup>72</sup> Como observado no caso 2, a propósito do plano de gestão de tempo (Cap. III).

<sup>73</sup> A distribuição dos casos por nós recebidos, pela idade poderá ser consultada no Anexo VI, Gráfico 2.

<sup>74</sup> A exceção a esta regra está no seguimento de casais ou de situações de comportamentos aditivos, ou ainda situações que envolvam risco para o paciente ou membros da sua família.

#### 3.1.4.4. *Paciente antigo / novos processos*

Novos processos terapêuticos aconteciam a pedido dos pacientes seguindo o critério apontado acima. Usualmente estes novos pedidos relacionavam-se com o surgimento de crises de desenvolvimento dos pacientes: casamento, morte de um parente próximo ou uma separação amorosa, perda de emprego, nascimento de um filho, e outros. Muitas das vezes estas crises fazem o indivíduo vivenciar um sofrimento psíquico, mais ou menos intenso que o leva a procurar o psicólogo, revelando a força da aliança terapêutica constituída no processo anterior. Depois de avaliada a situação em conjunto com o paciente, decidia-se pelo começar de uma nova psicoterapia ou, pelo contrário, pela realização de um conjunto de uma a seis sessões que permitissem o suporte desejado para aquela situação em particular. Neste último caso, cada situação requer uma intervenção que pode ir desde o suporte emocional, reforço da identidade egóica e supressão de agentes causadores de *stress*, à simples modulação cognitiva, ou mesmo à remissão numa só sessão da sintomatologia pela partilha do problema. De todo o modo, no caso de ser realizada uma segunda psicoterapia, o foco aparece normalmente como mais fácil de estabelecer por força da existência de uma Aliança Terapêutica anterior.

#### 3.1.5. Consentimento Informado

Este procedimento era realizado entre a primeira e a segunda sessão. Na nossa experiência enquanto psicólogos, verificou-se que os pacientes que nos procuravam iam apresentando uma intensidade crescente das manifestações ansiosas em quadros mais ou menos agudos.<sup>75</sup> Como referido em 2.3, a primeira consulta assumia assim, em muitos dos casos acolhidos, contornos de consulta de contenção de crise ou de apoio na crise.

Sugeria-se assim um segundo encontro onde se pudesse verificar o efeito dessa primeira consulta, e só se assumia o seguimento a partir da segunda sessão. Era então nessa altura que se descrevia o modelo, a duração, objetivos e expectativas, bem como o preço das consultas e objetivos do processo.

Por outro lado, durante algum tempo e perante a dificuldade em gravar em registo vídeo as consultas (que seria um procedimento de recolha de dados importante),

---

<sup>75</sup> Ao contrário do que seria desejável, na prática privada reflete-se hoje, a falta de mecanismos adequados de receção e condução de psicoterapias no quadro institucional público. Da nossa experiência, os pacientes parecem revelar características semelhantes às da população que recorre aos serviços de saúde pública com a provável exceção dos casos psiquiátricos agudos de descompensação, como depressões graves, surtos psicóticos, comportamento antissocial, entre outras.

foi utilizado o registo áudio de várias psicoterapias para efeitos de registo posterior, bem como para apresentação de casos em supervisão. Os pacientes eram informados deste procedimento, sendo para isto requerida a sua autorização.

O consentimento informado é também hoje regulado pelo código deontológico do Psicólogo, sendo também recomendada a sua utilização em investigação (Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, p. 28, 2011).

### 3.1.6. Primeira consulta e aliança terapêutica

Já vimos como a primeira consulta na nossa prática pode apresentar características diferentes consoante o quadro sintomatológico apresentado. Também, e mais uma vez, a idade será um fator a ter em conta na receção de casos e condução da primeira consulta, bem como na fomentação de uma aliança terapêutica (AT) forte.

#### *3.1.6.1. Adultos*

O atendimento é feito na hora marcada (por vezes, por força de atrasos nas consultas, é possível haver um atraso por parte do psicoterapeuta no atendimento). Nestes casos, é fundamental aproveitar a oportunidade e estar atento a possíveis efeitos de transferência ou de contratransferência que possam possibilitar a atuação das EECs (ver caso 1, Cap. III).

O paciente é recebido e, depois de um conjunto de perguntas que pretendem criar uma atmosfera contentora e tranquila, recolhem-se alguns dados importantes da história clínica (esta tarefa é também distribuída várias vezes pelas duas primeiras sessões). De seguida, trata-se de recolher a queixa inicial. Em várias ocasiões é necessário ir recolhendo dados mais objetivos para a história clínica, de forma a quebrar alguma inibição do paciente em falar primeiro.

Cada caso em psicoterapia é diferente e os procedimentos que existem para um paciente podem criar aspetos de resistência noutros. Convirá apenas realçar que os pressupostos da AT implicam uma ligação ao lado saudável do paciente. Como tal, um guião de perguntas e uma entrevista estruturada não são normalmente utilizados. Optámos por ter uma entrevista semiestruturada onde o paciente se possa ir harmonizando com o carácter relacional do tratamento.

### 3.1.6.2. *Adolescentes*

No caso dos adolescentes, segue-se o procedimento dos adultos, não excluindo informação que possa ser veiculada pelos pais, que é naturalmente confirmada junto do mesmo.

De realçar que o seguimento de um adolescente requer uma AT forte e constantemente reforçada. Votos de confiança, incentivo à manutenção de defesas adaptativas, mesmo que por vezes *agidas* nas pessoas dos pais ou figuras significantes (desde que dentro de limites), e esclarecimentos, revelaram-se assim fundamentais para o sucesso de muitos processos. Esta atitude positiva e reforçadora do jovem por parte do terapeuta levou por várias vezes a uma abordagem projetiva dos pais ao tratamento e/ou às suas consequências.<sup>76</sup> Nestas situações revelou-se útil deixar o processo seguir o seu curso e não cair na tentação confortável de acomodar todas as preocupações dos pais. (mas respondendo dentro do possível a anseios justificados). Em certos casos recebeu-se os pais, esclarecendo-os de que se tratava de um processo individual e que intervenções que os incluíam deviam naturalmente ser do conhecimento e concordância dos jovens. A presença conjunta foi assim uma realidade quando se verificaram situações que a justificaram.

### 3.1.6.3. *Consumo de substâncias/ comportamentos aditivos*

No caso do consumo de substâncias que justificasse a consideração de comportamento aditivo (padrão, frequência, tempo de consumo) ou em comportamentos antissociais manifestos e/ou tentativas de suicídio, o controlo do processo de psicoterapia foi feito em conjunto com os pais ou família / instituição responsável.<sup>77</sup> Este procedimento foi também levado a cabo com adultos que considerámos descompensados e incapazes de reger mesmo que temporariamente a sua própria vida quotidiana.

### 3.1.7. Tratamento de dados e planificação das sessões

O tratamento de dados revela-se como crucial na boa prática clínica. Atualmente é possível encontrar alguns instrumentos informatizados, na forma de modelos de

---

<sup>76</sup> Por vezes, e em alguns jovens que apresentavam difusão na sua identidade, sintomas depressivos e embotamento no seu processo afetivo, ou negação de sentimentos negativos, verificou-se um agir (numa primeira fase) deslocado da sua agressividade para com pais, professores ou irmãos.

<sup>77</sup> Casos por nós seguidos em registo privado, vindos do Instituto de Reinserção Social, ou peritagens em casos de regulação de poder paternal, entre outros.



gestão de pacientes e mesmo em folhas de elaboração de processos, que permitem uma eficaz e normativa recolha de informação.

Na ausência destes instrumentos, optámos por construir uma folha de processo (Anexo III) que, utilizando indicações dadas em manuais existentes à data, procurava reunir toda a informação necessária à organização, planeamento e registo do processo terapêutico e que se encontra descrita no capítulo seguinte. Incluímos ainda o Genograma (Anexo III) e procedemos ao registo dos consumos de substâncias que herdámos da nossa experiência com comportamentos aditivos.

As folhas de registo de sessão revelaram-se muitas vezes curtas, mas isso permitiu desenvolver uma capacidade para sintetizar o que aconteceu nas sessões, nos seus pontos fundamentais. Transcrevemos diálogos, ou alguma intervenção em particular, sobretudo para podermos ilustrar acontecimentos significativos que tivessem ocorrido nas sessões. Até ao estabelecimento do foco era usual apontar notas. O registo e desenvolvimento destas notas eram feitos a seguir à sessão e não durante a mesma.

Como já foi exposto, durante um período de dois anos, utilizámos a gravação áudio de sessões. Acabámos por abandonar este procedimento, muito por força da resistência ao mesmo que fomos notando nos pacientes. O registo áudio, por outro lado, levava à transcrição completa das sessões, perdendo-se por vezes o nosso próprio tempo de maturação e reflexão do vivido e sentido nas sessões, substituído aqui por um registo de fatos e diálogos que embora importantes (para, por exemplo, efeitos de investigação), acabavam por ser perniciosos aos processos.

A programação da sessão seguinte era feita muitas das vezes não no próprio dia, mas sim dentro da própria semana. O registo da sessão, contudo, era feito no próprio dia e na impossibilidade de o realizar no próprio dia, era feito logo que possível.

### 3.1.8. Periodicidade e duração do processo

O trabalho psicoterapêutico era sempre feito seguindo um modelo de acompanhamento semanal. Em alguns processos, a seguir às 20-24 sessões, caso houvesse remissão de sintomas total e sobretudo se se verificasse a capacidade do paciente para organizar os conteúdos das sessões de forma a ele(a) próprio(a) propiciar acontecimentos desencadeadores de EEC, combinava-se espaçar as sessões para um regime quinzenal. Com este espaçamento permitia-se assim o tempo suficiente para o surgimento das experiências exteriores ao processo, já referidas.

A duração da PDB é, como já pudemos desenvolver na explanação do modelo, um assunto importante. Na nossa prática, resolvemos adotar os modelos mais longos de intervenção, que permitiam a integração de um maior número de casos (limitando o constrangimento da seleção), mas sobretudo permitindo um melhor estabelecimento de uma aliança terapêutica adequada.

O paciente era avisado na primeira (ou, por vezes, na segunda) consulta da duração do tratamento, que não excedia normalmente as 38 sessões. É uma datação dos modelos mais longa e pressupõe, no fundo, o pedido de um compromisso sequencial e contínuo, que permite também trabalhar sobre as diversas interrupções a que está sujeito. Não existia um dia definido para terminar mas, ao limitar o número de sessões, tornava-se evidente a focagem no problema e um melhor aproveitamento. Esta definição permitia ao paciente estar consciente que o seu tempo estava limitado, isto é, existia um princípio, meio e fim, e também um resultado esperado.

#### 3.1.9. Faltas e omissões

Embora os pacientes fossem avisados de que as suas faltas não comunicadas antecipadamente seriam da sua responsabilidade, a verdade é que as faltas em psicoterapia aconteciam amiúde. Estas faltas puderam, as mais das vezes, providenciar compreensão adicional no modo de funcionamento do paciente, dificuldade ou resistência em abordar certos assuntos, estrutura da personalidade, entre outros.

### 3.2. *Follow-up*

O follow-up é um dos pontos que nos parece ser assinalado de forma insuficiente por muitos profissionais. Todavia, no modelo dinâmico, assume uma importância acrescida pois, as mais das vezes, dá indicações preciosas para a leitura posterior dos casos. Pode assim ser fundamental, quer na receção do paciente em altura posterior, quer na sugestão de caminhos a serem abordados pelo paciente (caso se note perturbação ou patologia recidiva). É principalmente um meio de validação dos objetivos propostos no início da psicoterapia.

O *follow-up* era realizado da seguinte forma: seis meses após a última sessão da psicoterapia contactava-se o paciente para a marcação de uma consulta que já havia sido referida durante o processo. Se o paciente mostrava ou dava indicação de resistência à marcação desta sessão, dava-se início a uma série de perguntas que pressupunham avaliar a forma como este estava a vivenciar a realidade. Se houvesse lugar à realização

da consulta, a avaliação era feita de forma mais livre do que a utilizada no registo telefónico, mas apontando sempre para um diálogo mais direccionado ao seu propósito: a avaliação da mudança nos padrões de relacionamento do paciente com as suas vivências mais difíceis, quer reais quer imaginadas.

#### **4. Organização e outras atividades**

##### ***4.1. Espaço de trabalho e setting terapêutico***

Durante o período em que temos desenvolvido a nossa atividade já tivemos felizmente a possibilidade de trabalhar em condições diversas. Em prisões, centros de reabilitação, espaços ao ar livre, domicílios (em casos de doenças terminais ou condições de paraplegia). No consultório dispusemos de duas salas. Aquela destinada a avaliações, apresentação de relatórios e outras tarefas não relacionadas diretamente com psicoterapia foi constituída como um normal gabinete de trabalho. O gabinete para atendimento psicoterapêutico foi concebido tendo em conta determinados pressupostos que se adequam ao modelo por nós praticado. Cadeirões suficientemente confortáveis mas que permitam ao paciente ter uma postura ativa e colaborante no trabalho realizado, posicionados em 45 graus, de forma a permitirem um diálogo sem confronto direto (Leal, 1999). Estes dois cadeirões são iguais criando uma ideia de igualdade no processo. Optámos por não ter mais que uma mesa de apoio. Não existem assim objetos de fronteira, o que permite estabelecer os limites dentro da relação terapêutica. Além disso, esta disposição permite, por vezes, mudar os cadeirões criando espaço para introdução de técnicas alternativas (jogos de confiança, entre outros).

O ambiente é personalizado mas sem informações ou registos demasiado projetivos. O assumir do ambiente como refletindo preocupações relacionadas com a atividade, mas não a desligando de quem nele trabalha, resulta na nossa opinião como mais verdadeiro e genuíno do que o suposto ambiente neutral, que realmente não existe.

##### ***4.2. Consultório e organização de tarefas***

A organização de um consultório é uma tarefa administrativa ou de gestão onde se poderão encontrar semelhanças com o gerir de uma qualquer outra estrutura de pequenas dimensões. Contudo, existem alguns pontos aos quais valerá a pena estar atento.

Caso haja secretária ou rececionista, é conveniente uma pequena formação que inclua saber atender os casos e acolhê-los telefonicamente. Por vezes, demasiada informação ou acolhimento muito agradável poderá levar o paciente a utilizar esta via como meio manipulativo de várias situações (nomeadamente com pais ou cônjuge do paciente em psicoterapia).

Se houver lugar a avaliação psicológica, os testes deverão ser genuínos e registados.

No que concerne aos processos (na sua forma física), estes deverão ser anónimos, com referência a um número (de uma ficha que contenha os dados biográficos do paciente), que depois esteja organizada informaticamente ou manualmente, mas guardada em local apropriado e separada de outro material. Os processos deverão conter a referência *Confidencial* na primeira página (Anexo III)

#### ***4.3. Colaboração institucional e integrada***

O modelo em que trabalhamos pressupõe a indicação para acompanhamento psiquiátrico, onde será prescrita terapia farmacológica, em determinados casos que o requeiram. Outros possíveis tratamentos ou avaliações devem ser feitas por outros técnicos referenciados. Isto deve acontecer sempre que não estejam reunidas as condições (quer de competências, quer de adequação terapêutica) para que a intervenção seja feita pelo próprio.

Temos seguido este critério assente na ideia que, embora um Psicólogo esteja munido de várias e poderosas competências técnicas, não poderá em honestidade pensar que domina todas estas competências da mesma forma e com igual eficácia.

Reencaminhámos casos para avaliação de problemas de aprendizagem, terapia da fala, avaliação psicológica de componentes específicas como atenção ou memória. Reencaminhámos, ainda, jovens que não preenchiam os critérios necessários à realização de uma PDBI. Existiu por vezes (sobretudo em pacientes mais velhos) também a necessidade da avaliação e despiste de demências ou outras patologias neurológicas e mesmo disfunções sexuais.

Nas nossas folhas de processo está registado também o Diagnóstico nosográfico correspondente. Utilizamos o DSM IV em detrimento do ICD-10 (neste último caso por razões de comodidade e familiarização) ou outras atualizações do DSM-IV como a versão TR por sentirmos que, para a forma como é usado, a introdução de um eixo de referência adicional não traria um valor acrescentado.

Embora nem sempre os casos por nós seguidos necessitem de medicação, é importante poder fixar em termos comunicacionais e institucionais um enquadramento do diagnóstico. Este diagnóstico foi realizado por vezes à oitava e mesmo à 12ª ou 15ª sessão. O que nos parece importante realçar, é que este deve ser feito dentro do primeiro terço da psicoterapia. Tal como já referimos anteriormente, a condução que fazemos dos processos não se baseia neste quadro etiológico. Contudo, é importante poder fazer este mesmo exercício, bem como um acompanhamento de novos e sobretudo mais frequentes medicamentos de atuação psicoativa. A posse de vários conhecimentos deve ser gerida dentro dos quadros de competência do psicólogo, evitando interferências e julgamentos não qualificados do trabalho de outras especialidades, mas revelando atualidade e atentividade a todo o processo de tratamento do paciente.

#### ***4.4. Supervisão***

A supervisão clínica tem dois objetivos primários: a) O desenvolvimento das competências do psicólogo /psicoterapeuta, que inclui entre outras, reforço das linhas éticas de trabalho, desenvolvimento de competências multiculturais, e coerência teórica, e b) Monitorizar o bem-estar dos pacientes através da avaliação dos benefícios das intervenções feitas (Worthen & Lambert, 2007).

Se por um lado nos parece que a alínea a) é de fácil entendimento, na medida em que reflete um conceito de controlo, aprendizagem, verificação, etc., por outro lado, a segunda alínea é menos conhecida do público em geral, mas deveria assumir um papel crescente de interesse por parte de supervisores e supervisionados.

Na nossa prática, a supervisão assumiu sempre um papel importante, mesmo em períodos que por razões diversas nos vimos forçados a não poder contar com ela.

#### ***4.5. Atualização, formação e outras atividades desenvolvidas***

Foram realizadas ao longo destes anos diversas formações e reflexões, quer dentro da área das psicoterapias, quer dentro da psicologia em geral, atendendo a congressos e *workshops*. Temos vindo a desenvolver alguns protocolos com vista ao seguimento de casos em registo de Psicoterapia Breve assentando nos modelos de suporte à crise. Realizámos ainda várias perícias em casos discutidos em tribunal e demos formação na área da psicologia aplicada, bem como noutras, com destaque para a aplicação do modelo de Ned Herrmann de preferências cerebrais em contextos

organizacionais<sup>78</sup>. Realizámos 2 grupos de suporte com o título “*Medo do ridículo, a reforma compulsiva*”, destinados a providenciar ferramentas de ajuda a pessoas que tivessem sido convidadas a reformarem-se depois de muitos anos na mesma empresa.

Neste momento estamos a desenvolver o suporte para a criação de um grupo de apoio na escola básica EB.1 *B. S. Miguel*, em Lisboa, para pais que tenham ficado desempregados.

---

<sup>78</sup> Obras de referência para a compreensão do modelo: “*The Whole Brain Business*”, 1996, BookMcgraw-Hill, e ainda “*Les dominances Cérébrales et la Créativité*”, 1992, Difusion Librarire France Metroplolitane Sofedis-Sodis.



### ***CAPÍTULO III***

#### **ANÁLISE DE CASOS**

Começaremos a análise dos casos pelo seu *Enquadramento*. Neste item pretendemos contextualizar de forma sucinta e esboçada os casos em alguns dos seus aspetos principais à luz do nosso modelo e do nosso entendimento da realidade do paciente. Embora a PDB se possa encontrar naturalmente influenciada pela teoria da Relação Objetal que destaca a importância do meio relacional terapêutico (que também já tivemos a oportunidade de abordar), é também pela própria adaptação do paciente à realidade e o contributo do processo nessa adaptação, que encontramos as linhas mestras deste tipo de psicoterapia. Freud ter-se-ia também apercebido da importância disto e postula ele próprio em 1933, na 31ª conferência sobre a personalidade psíquica, a ideia que o *Ego* deveria ser fortalecido e ampliado no seu campo de percepção. Esta ideia indicava já a importância das funções adaptativas do ego (Lemgruber, 1997). De fato a PDB (no contexto da nossa aplicação) encontra-se fortemente influenciada pela ideia salientada por Alexander (que já tivemos a oportunidade de desenvolver) que o paciente, embora possa sofrer pelas memórias dos acontecimentos passados, sofre sobretudo pela sua incapacidade em resolver os problemas atuais. Daí necessidade de focar o problema.

Esta adaptação egóica à realidade representa assim uma importância fundamental nos processos por nós realizados e a sua avaliação poderá ser ilustrada, na nossa *Elaboração de Processo*, por aquilo que se entende por *exame psíquico*. Optámos pela junção do *exame psíquico* numa só categoria para efeitos de apresentação dos casos<sup>79</sup>, realçando assim (utilizando frases curtas), e apenas quando necessário, aspectos específicos do mesmo. Desta forma poder-se-á ter uma descrição global do paciente, destacando apenas dimensões que se façam notar quer pela sua massividade ou frequência, ausência ou disfuncionalidade; de resto, serão descritas como normais ou presentes e poderão até nem ser referidas.

Os itens apresentados na folha do processo e que constituem aquilo que referimos como *Elaboração de Processo* são: Queixa principal; História da Doença Atual; História Pessoal ou Anamnese; História Familiar (o organograma poderá ser

---

<sup>79</sup> As dimensões que o caracterizam estão apresentadas separadamente na folha de processo (ver Anexo III).



consultado nos Anexos); História patológica Anterior; Exame psíquico (na sua forma sumariada).

A *Compreensão e hipótese psicodinâmica* e a *Estratégia e planeamento* do processo serão aqui expostas separadamente. Na nossa prática clínica temos muitas vezes apontado a *Hipótese Psicodinâmica*, dentro da Compreensão Psicodinâmica do caso como “*Notas significativas*” ou simplesmente “*Notas*”.

Para uma melhor compreensão dos casos e sua evolução, o *Foco* (normalmente definido entre a 4ª e a 5ª sessão mas que em alguns casos só é determinado na 8ª sessão) será aqui tratado também à parte.

Tal como havíamos referido no Cap. I a propósito do poder do diagnóstico, o diagnóstico nosológico<sup>80</sup> é feito utilizando os critérios presentes no DSM-IV. A razão pela qual considerámos importante realizar este diagnóstico, concomitantemente à compreensão psicodinâmica do caso e ao levantamento da respetiva hipótese, está ligada ao fator comunicacional com outros profissionais (ver colaboração institucional e multidisciplinar, ponto 4.3 do Cap. II).

A *Evolução e Conclusão* do processo pretendem dar uma ideia sintética da forma como o paciente foi evoluindo, com realce para os momentos significativos ou mais transformadores do processo e a forma como lidou com o *Terminar* do mesmo. No *Follow-up*, são apontados os resultados ao fim 6 meses e ano e meio depois do término da terapia. O *follow-up* é feito muitas vezes presencialmente, mas poderá também ser feito por telefone (ver ponto 3.1.9. do Cap. II).

Não apresentaremos um cuidado particular na linguagem. Não haverá lugar à utilização de termos como: *alega* em vez de *disse* ou de *aparentemente* em vez de expressões mais assertivas. O registo é feito com base nas notas de então e, não havendo registo vídeo, estará como tal, o mais próximo possível daquilo que se passou nas sessões.

Optou-se assim por apresentar os casos na forma original no que refere à sua receção, elaboração de hipótese, recolha da anamnese e levantamento de hipótese e planeamento do tratamento. Poder-se-á assim perceber o enquadramento dado na altura ao caso, quer ele tenha resultado numa *Psicoterapia Concluída com Sucesso*, numa *Psicoterapia interrompida com sucesso* ou numa *interrompida, sem Sucesso*.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Faz também parte da folha de processo, juntamente com a medicação e periodicidade das consultas de psiquiatria (caso se apliquem).

<sup>81</sup> Já apontadas e caracterizadas no *Glossário* e no Cap. II.

Nos dois primeiros casos, considerou-se que ambos terminaram com sucesso. Contudo, o segundo caso poderá ser visto como interrompido na medida em que, foi o paciente que comunicou que não estaria mais disposto a vir.

Na *Análise Posterior* serão apontadas as reflexões feitas depois da conclusão da psicoterapia e respectivos *follow-ups*. A partir destas reflexões, iniciaremos o processo de reflexão conclusiva que constituirá o capítulo IV.

## 1. Caso 1 – O puzzle perfeito

- i. Caso ilustrativo da abordagem da psicoterapia dinâmica breve, nas suas variadas componentes nomeadamente: avaliação, estabelecimento da aliança terapêutica, definição do foco, e intervenção, procurando e provocando experiências relacionais corretivas, trabalhando na componente de separação-individuação no término do processo e na sedimentação da terapia concluída com sucesso nos *follow-ups*. Forma como a PDBI se pode enquadrar na PBE.

*“O que é aptidão para eles é sorte para elas”*

Susan Pinker<sup>82</sup>, a propósito de um estudo dos anos 70 sobre a forma como homens e mulheres entenderiam o seu sucesso.

### 1.1. Enquadramento

A crescente valorização do binómio sucesso/ dinheiro como marco central da existência humana tem pautado o funcionamento psicossocial da sociedade ocidental nas últimas décadas. Por outro lado, o surgimento da mulher no mercado de trabalho tem contribuído para a pública e notória discussão da conjugação dos variados papéis (os valorizados tradicionalmente no passado como o maternal e amoroso, por um lado, e os papéis profissional e sexual, por outro).

Em psicoterapia a questão põe-se, não tanto no procurar discutir a importância destes papéis, mas e sobretudo que reflexos estão a ter na economia psíquica<sup>83</sup> da

---

<sup>82</sup> “*O paradoxo sexual: Rapazes traquinas, raparigas dotadas e a verdadeira diferença entre os sexos*”, Planeta Manuscrito, 2009.

<sup>83</sup> Aqui no sentido dos recursos que estão a ser usados para a contenção ou negação dos desejos primordiais ou nucleares e a forma como isso depois se reflete na vivência interior da paciente.

paciente. A questão deverá por isso ser colocada, não no modelo a escolher, mas no fortalecimento dos processos egóicos de tomada de decisão, voltando a refocar o poder do indivíduo. Trata-se portanto de “*Eu tenho o poder*” ao invés de “*Eu tenho de escolher*”. Este mecanismo permite, as mais das vezes, um enquadramento muito mais centrado no vivenciar dos aspetos positivos daquilo que vai acontecendo quer interna quer externamente, remetendo os conflitos mais nucleares para segundo plano. Diga-se a propósito deste caso que, tal como já havíamos adiantado, se o foco terapêutico incluir aspetos desse mesmo conflito nuclear, é na irradiação do aspeto focal e sua resolução através das ECCs que poderemos eventualmente resolver ou reestruturar o problema global do paciente de uma forma mais completa.

Esta liberdade permite ainda ao paciente olhar-se tal como é, e não como poderia ou deveria ser, centrando no espaço do *aqui e agora* os problemas e esvaziando alguma da ansiedade temporal que se apresenta (no caso feminino, também condicionada pela temporalidade da maternidade biológica).

### ***1.2. Seleção do paciente***

Tem 36 anos, apresenta um discurso articulado, por vezes intelectualizado. Denota compreensão e *insight*. Revela sintomas depressivos (choro; distímia) e alguma agitação. Demonstra motivação interior para ser ajudada, embora centre o seu discurso na necessidade de ajuda pronta, quase que procurando um alívio imediato dos sintomas apresentados. Diz-se *perdida* remetendo também para um eixo existencial as suas preocupações agravadas pelo quadro depressivo e ansioso. Tem indicação para ser referenciada para terapia medicamentosa de suporte no sentido de remissão dos sintomas de ansiedade e depressivos. Esta deverá ser complementada com seguimento paralelo em psicoterapia.

### ***1.3. Elaboração do processo***

#### ***1.3.1. Queixa principal***

A queixa principal assenta na dúvida “*eu não sei quem sou*”. Diz-se triste mas sobretudo ambivalente. Diz querer poder tomar decisões com as quais se sinta bem. Refere uma carreira de sucesso mas desgastante, que por vezes não lhe permite pensar noutras coisas.

### 1.3.2. História da doença atual

A perturbação começou há três ou quatro meses, quando começou a sentir uma “grande fragilidade”. *“Vou-me abaixo por causa de qualquer coisa, sobretudo aos fins-de-semana”*. Apresenta queixa de insónia, bem como alguma alteração de humor verificada, quer em sessão, quer pelos relatos da paciente. Todavia, poder-se-ão encontrar sinais de uma reação depressiva aos acontecimentos decorridos há dois anos (perda da avó e separação do companheiro).

### 1.3.3. História pessoal

A paciente nasceu noutro país, tendo vindo para Portugal aos 7 anos. Da vida no país de origem recorda, ainda assim, vários acontecimentos significativos próprios da infância, o passear com a avó e com a irmã (o irmão estava num colégio interno), o passar fins-de-semana com o resto da família materna ouvindo histórias sobre os avós e como estes sobreviveram à Guerra Civil. Recorda uma mãe afetiva mas muitas vezes ausente para trabalhar. A avó era por isso a figura mais presente.

Lembra-se da vinda para Portugal como algo que não queria, chorou várias noites quando chegou e teve de ficar em casa de um tio *“longe da sua avó querida.”*

A adolescência é talvez o período que se lembra pior, não tem desse período nenhuma memória particularmente entusiasmante. Era uma boa aluna, sempre a melhor da turma e tinha alguns amigos, embora ao dia de hoje não reste nenhum dessa altura. O período pubertário e evolução para a fase adulta não foi particularmente interessante e a sua vida sexual considera-a tardia dado que só aos 21 anos teve um namorado a sério com quem viria quase a casar.

A vida amorosa é caracterizada por algumas relações significativas. A primeira, que durou três anos e que foi desfeita já no noivado por iniciativa da paciente: *“Acho que tive medo de me prender”* acrescenta. Acaba a faculdade sempre bem posicionada e é logo convidada para trabalhar numa firma de renome. O trabalho começa então a tornar-se algo em que começa aplicar-se de forma intensa. Sobe na hierarquia, faz um mestrado e um doutoramento. Aos 27 anos inicia outra relação com um homem, que classifica como o amor da sua vida, com quem tem um namoro intenso. *“Acho que com ele talvez me tenha soltado mais do que com qualquer outra pessoa”*. A relação acaba porque a paciente descobriu que ele a enganava. Esta decepção é grande e marca um pouco a ideia que tem sobre os homens. *“Quando já não nos querem deitam fora”*. Ainda assim, acaba por se relacionar com um colega de trabalho com o qual tem uma

relação caracterizada por entendimento intelectual e fascínio, mas onde sente que faltou uma certa cumplicidade. “*Admirava-o como homem de sucesso*”. Esta relação que durou quase seis anos acabou, mais uma vez, marcada pela “traição” que precipitou a separação.

A empresa onde trabalha é concorrente daquela onde o pai trabalha e para a qual nunca teve um convite para trabalhar. Sente que talvez o pai não achasse que ela era suficientemente aguerrida.

Diz ter muitos amigos mas só dois ou três verdadeiros sendo que os melhores deles todos são a irmã e a mãe. Diz: “*Com elas posso sempre contar*”. Diz-se interessante mas não bonita, “*bonita é a minha irmã, eu sou uma tipa com pinta*”. Praticou vários desportos e hoje gosta de atividade física embora muitas vezes não encontre tempo para as fazer.

Vive sozinha mas confessa que no fundo está muito tempo com a família, aliás foi sempre assim mesmo quando viveu junta com os seus companheiros.

#### 1.3.4. História familiar

A paciente encontra na sua família um apoio afetivo e funcional significativo. A família nuclear é constituída por mais dois irmãos: irmã mais nova 2 anos e o irmão mais velho 4 anos. A relação com a irmã é descrita como *excelente “é a minha melhor amiga”* e com irmão algo distante. A mãe é um suporte mas descrita como *prática e algo deprimida*. O pai é um homem que sempre *andou de um lado para o outro*, passando grandes temporadas fora. A família apresenta-se como um modelo claramente idealizado, com tónica mais positiva nas relações com as figuras do mesmo sexo e alguma reserva nas figuras paternas (pai e irmão mais velho). A irmã teve um filho há sete meses que ela adora mas que sente que “*ainda não faz muita coisa, é muito pequenino mas quando for grande, a tia via levá-lo às noitadas*”.

Vai comer várias vezes a casa dos pais, mesmo durante a semana, e as férias são passadas na sua grande maioria com eles. Comprou um apartamento perto da casa deles, justificando isso com o fato de ser prático.

De assinalar ainda a morte da avó materna há dois anos. Esta figura assumia um papel dual. Se por um lado funcionou durante alguns anos como referência maternal (era ela quem ficava com a neta quando a mãe ia trabalhar) por outro, era também exigente nos seus afetos tendo revelado já no fim da sua vida uma faceta *controladora e*

*antiquada*. A paciente ficava várias vezes em casa dela a dormir já em adulta, o que provocava algumas discussões sobre o seu estilo de vida e hábitos.

#### 1.3.5. História patológica anterior

De assinalar uma cirurgia simples, remoção de um pequeno objeto do braço, num acidente de bicicleta aos 13 anos. “*Lembro-me de muito sangue e da minha mãe me levar à clínica, mas não me lembro de mais nada*”. A paciente foi seguida em registo de aconselhamento/ psicoterapia (?) há aproximadamente dois anos. O seguimento aconteceu depois de uma separação complicada de um homem com quem vivias há seis anos. Este seguimento durou 5 meses tendo aparentemente havido um desinteresse dela por se sentir pressionada e até ter verificado comportamentos e frases impróprias do terapeuta que a seguiu.<sup>84</sup>

#### 1.3.6. Exame psíquico

Apresentação cuidada e aparência atraente, mas denotando alguma morbidez (que parece não refletir outros traços da paciente). A profissão de *caráter mais masculino* da paciente bem como seu humor depressivo poderão ajudar explicar este trajar muito formal e escuro. Crítica presente, movimento de culpa ora manifestado por frases como “*devo ser muito burra*” como pelo contrário “*eu sei que valho muito*”. A memória anterógrada não apresenta aparentes alterações mas a evocação de alguns acontecimentos importantes como o que rodeou o seu acidente na adolescência (e que mais tarde se verificaria para vários acontecimentos do movimento pubertário) parece algo afetado.

Teste da realidade positivo. Apresenta um discurso normal quer no seu conteúdo, quer no seu curso, revelando tendência a justificar-se. A difusão de identidade que paciente refere na sua queixa original está mais relacionada com o humor do que com a real fragmentação do eu. Os processos egóicos requerem fortalecimento mas não se verifica cisão entre sujeito e objeto nem clivagens assinaláveis.

A ambivalência é assinalável, sobretudo nos afetos dirigidos às figuras significativas, mas também em relação a amigos e na revelação da sua autoimagem. O humor apresenta-se na forma de culpa mas também se pode classificar de deprimido. A

---

<sup>84</sup> Nas primeiras sessões não indagamos sobre as razões destas interrupções. Não é no entanto despiciente o que o paciente sente sobre processos anteriores e como isso afeta tanto os aspetos transferenciais como contra transferenciais do processo psicoterapêutico atual.

vontade e disposição interna revelam-se elevadas mas afetadas pela perturbação dos afetos que vive atualmente.

#### ***1.4. Hipótese psicodinâmica e foco***

##### **1.4.1. Compreensão e hipótese psicodinâmica**

A paciente reage ao nascimento do sobrinho como fato presente dos seus falhanços na perseguição do modelo familiar idealizado. A negação de sentimentos negativos perante as figuras mais significativas (muito marcada logo na primeira sessão) parece encobrir uma rivalidade fraternal que tem poucas hipóteses de surgir no dia-a-dia. As duas relações acabadas na sua vida são vistas como fracassos, de alguma forma compensados pela carreira de sucesso. A ideia dos 40 anos se aproximarem remete para problemática da angústia temporal vivida. *Está sempre a correr como que a tentar apanhar o tempo* (observação nossa). Este fato é potenciado pela quase simultânea separação do homem com quem vivia e da morte da avó, que remete de novo para as questões da separação e abandono.

As dificuldades no posicionar de um ego fortalecido parece ter afetado quer a sua funcionalidade relacional, criando um mecanismo de decepção com o mundo em geral (em particular com os homens) não evitando por isso a tristeza sentida.

Por outro lado o esgotar da escalada na profissão (chegou potencialmente ao topo da carreira) aparece como um ponto de não retorno às defesas agidas no trabalho, não impedindo por isso o movimento depressivo que se instalou.

##### **1.4.2. Foco**

Esta psicoterapia apresenta dificuldades na definição e fixação do foco. Se por um lado surge uma dificuldade no processo de separação apoiada num permanente esconder no seio familiar, que poderá ter impacto no construir das relações amorosas, não permitindo a emergência da autonomia de uma mulher adulta. Por outro, a problemática do relógio biológico apresenta-se intensa, impedindo a criação de uma ligação ao seguimento dos padrões idealizados de família tradicional e resultando num comportamento sedutor na perseguição da procura de uma companhia masculina que os preencha.

Opta-se por trabalhar sobretudo na relação terapêutica e nos mecanismos de relação dual, transferência e contra transferência, procurando através do efeito da EECs na resolução do foco, a libertação de aspetos que propiciem a mudança do conflito

nuclear de separação mas que trabalhem sobretudo de forma mais eficaz o relacionamento maduro e de igualdade com a figura do psicoterapeuta. Neste caso, a questão dos filhos fica liberta para aparecer como outro conflito, se assim se verificar, não se assumindo no entanto como foco.

### ***1.5. Planeamento e estratégia***

Trabalho na contenção do movimento ansioso através da valorização das defesas adaptativas que ainda funcionam, ou funcionam bem. Reestruturação cognitiva das possibilidades e recursos finitos dela como ser humano que permitam sentir o tempo de forma menos ameaçadora. Sensibilização no sentido de voltar fazer atividades lúdicas para lá do trabalho, e do *habitual estar social* que pode revelar-se entrópico. Fomentar a criação de movimentos diferentes nos fins-de-semana e férias daqueles usualmente utilizados que refletem sobretudo um padrão adolescente de funcionamento. Trabalho na tríade mãe, mulher, amante como possibilidades não exclusivas mas sim integradas. Aceitação da faceta infantil e de ajuda não permitindo, contudo, a possível erotização da relação.

### ***1.6. Diagnóstico nosológico***

Os sintomas observados remetem para um enquadramento deste caso como *uma perturbação depressiva sem outra especificação* na medida em que para ser classificado como *perturbação distímica* teria de haver um mal-estar significativo que afetasse a funcionalidade. No entanto, o diagnóstico da distímia fica em aberto visto preencher quase todos os outros critérios: a) humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias durante dois anos; b) baixa autoestima( talvez mais ambivalente), dificuldade em tomar decisões, insónia; c) inexistência de sintomas durante dois meses antes do período referido para este quadro; d) possível existência de um episódio major depressivo mas com aparente remissão de sintomas antes do período referido. Preenche também os critérios e), f) e g).

De todo o modo a classificação de neurose depressiva poderia também ser alternativa a esta classificação do DSM e até talvez mais descritiva e menos vaga.

### ***1.7. Evolução e conclusão do processo***

A medicação prescrita pelo médico psiquiatra que lhe referenciámos teve uma influência duplamente positiva. A primeira foi o seu efeito na remissão dos sintomas de



ansiedade, alteração de humor e depressivos que a paciente apresentava. A segunda foi o fato de na segunda e terceiras sessões ter ocupado algum tempo e espaço das nossas conversas. A paciente estava relutante em tomar a medicação, visto esta lhe ter provocado alguns efeitos secundários nos primeiros dias da toma. Nesta altura remetemos para ela essa decisão continuar ou interromper essa toma, a nossa opinião (no sentido de dar à medicação uma hipótese mais consistente de atuar) foi fundamentada e explicada, mas não imposta. Depois dos primeiros dias a paciente relatou o desaparecimento dos efeitos secundários e disse sentir-se melhor. Aproveitámos esta ocasião e aplicamos alguma meta análise no que havia sucedido e interpretando o que foi sentido pela paciente como muito positivo. Havia beneficiado dos medicamentos e havia baixado algumas resistências e defesas *controladoras* da sua atividade (medo de não conseguir trabalhar) e da sua autoimagem (medo de engordar). Este fato contribui decisivamente para a criação de uma forte AT.

No primeiro terço do processo, o discurso da paciente mostrava-se sempre auto-justificativo, tendo havido desenvolvimentos interessantes na 12ª sessão quando perante a frase *“Já não vou ser mãe! Já desisti”*. O terapeuta retorquiu: *“Bem... se desistiu é por que se calhar já andava a tentar há muito tempo”*. A catarse emocional que se seguiu permitiu a paciente esvaziar alguma da resistência que havia aos sentimentos de ainda não ser mãe (ou melhor de ainda não ter encontrado o pai dos seus filhos). Este acontecimento veio a proporcionar vias para a paciente pegar no sobrinho e ter relatado mais tarde: *“Já não tive medo de lhe pegar e ele aninhou-se no meu colo todo satisfeito”*.

O trabalho de reforço da adaptação egóica passou por várias vezes se discutir alguns aspetos sociais de vida que amiúde remetiam o discurso para um plano racional e erotizado que teimava em aparecer. Ao fim de 9 meses, um atraso do terapeuta originou uma sessão onde a paciente reclamou o seu direito ser recebida a horas dizendo: *“eu pago para ficar boa e não para estar à espera”*. Nesta altura deu-se lugar a mais uma EEC. O terapeuta disse: *“Se sente isso, o melhor é voltar para trás. Eu devolvo-lhe o dinheiro da sessão e podemos continuar para semana ou então podemos aproveitar o tempo que nos resta e fazer algo sem nos agredirmos”*. Esta atitude de alguma ambivalência do terapeuta servia como espelho à sua própria ambivalência. Mas perante esta ambivalência era possível tomar uma decisão a dois e avançar com o que era importante. A paciente ficou mais tranquila tendo o resto da sessão acabado com o reforço das muitas coisas positivas que haviam sido feitas por ela, e pelo transmitir da

ideia que, embora não estivéssemos no fim, teria também de ser ela a avançar, que nós a seguiríamos.

Esta ideia de liderar o processo, depois permitir alternância no comando dos conteúdos para finalizar lado a lado, é algo que utilizamos com frequência e que se mostra particularmente positiva em casos onde a transferência se requer positiva e *igual*. Acresce a esta estratégia, o perigo de por vezes se poder perder algum controlo sob a terapia que poderá em casos como este criar espaço para ligações mais erotizadas de dependência remetendo para o terapeuta um papel salvador ou paternalista. Neste caso, qualquer um seria fácil de assumir visto ir de encontro aos processos transferenciais da paciente.

O final da psicoterapia foi também aproveitado para falar do período que tinha mediado entre o nascimento da irmã e a sua vinda para Portugal. A paciente lembrou-se então que várias vezes se tinha sentido sozinha à noite procurando a mãe que não estava e ia muitas vezes para a cama da avó buscar consolo.

### ***1.8. Follow-up***

Foram feitas 3 sessões de *follow-up* não se seguindo neste caso, o habitual período de seis meses. A primeira foi feita dois meses depois da última sessão a pedido da paciente. Desta, reteve-se a já referida dificuldade de separação, pois na sessão não foram apresentados aspetos consideráveis que pudessem ter alterado negativamente a realidade vivida da paciente que justificassem antecipação do *follow-up*. Foram verbalizadas algumas situações que eram recorrentemente discutidas nas sessões como, o medo da solidão, o meio agreste masculino em que trabalhava, etc. Assinalou porém uma conversa com o pai onde “*esclareceu algumas das coisas que haviam ficado por falar durante muito tempo*”.

A segunda sessão também a pedido da paciente ocorreu outros dois meses depois. Mais uma vez, não havia conteúdo significativo exterior. Desta vez, mantivemo-nos numa posição mais neutra e passiva incluindo até algum silêncio na sessão para nos apercebermos de movimentos ansiosos da paciente. A resposta foi satisfatória e a sessão foi utilizada, na nossa ótica, como um mecanismo de reabastecimento<sup>85</sup> que encarámos no contexto do processo como natural.

---

<sup>85</sup> Interpretada aqui no sentido dado por Margaret Mahler no movimento exploratório (sub-fase da individuação) da criança que volta amiúde para junto da figura maternal ou paternal para depois a deixar outra vez, fazendo um reabastecimento afetivo (Mahler, 1982).

Na terceira sessão marcada para daí a um mês a paciente não compareceu, tendo telefonado dizendo não poder estar presente. Mostrou também alguma relutância em remarcar para semana seguinte. Ficou combinado falar depois das férias do Verão.

Esta não comparência foi interpretada por nós como um avanço no processo de término da terapia, revelando a consistência dos mecanismos de autonomização e individuação, que poderiam ter surgido da aceitação em termos antecipado e acolhido as duas sessões anteriores.

A paciente não voltou a ligar e coube-nos a iniciativa de o fazer junto às férias do Natal. Da conversa telefónica ficou a ideia que a terapia tinha de fato sido *concluída com sucesso*. A paciente tinha mudado de emprego, ia passar as férias de Natal com amigos fora (pela primeira vez fora da família) e dizia-se sentir muito bem embora não tivesse desistido de encontrar alguém de quem gostasse.

Na sessão programada de um ano e meio aconteceu um facto digno de registo. A paciente tinha tido uma discussão grande com a irmã onde ambas tinham dito o que pensavam sobre o amor dos pais e de cada uma delas. Tinham ficado amuadas por uns tempos mas já estavam de novo amigas.

Este comportamento de oposição saudável ficou registado como a resolução da rivalidade fraternal e como mais um ponto no sentido da difícil mas possível resolução do conflito nuclear em muitos dos seus aspetos focais. Para nós *este vidro já havia sido quebrado* e mostrava agora novas possibilidades de a paciente se adaptar à realidade futura.

### ***1.9. Leitura posterior***

Apelidámos este caso de *um puzzle perfeito*, na medida em que ele demonstra a nossa prática em vários dos encaixes das suas peças ou movimentos mais importantes. Conteúdos relacionais intensos e ricos em espaços da terapia propiciando a EEC, *vertigem* de transferência, ou seja, as dificuldades de um processo humano não manualizado mas eficaz. Possível resolução de um conflito primário como resultado do efeito de irradiação da resolução do conflito focal através de várias EECs, intra e extra terapia. Validação destas, através de um *follow-up* que na nossa opinião se revela necessário e fundamental.

Estamos conscientes que não existem *puzzles* perfeitos em psicoterapia. Por vezes um aspeto menos controlado no processo de contratransferência que erotize a relação, uma experiência negativa profunda que ocorra na fase de maior vulnerabilidade

da psicoterapia (entre outras) podem constituir um entrave por vezes definitivo ao desenrolar do processo no sentido da sua efetividade. É exatamente aqui que os mecanismos de supervisão bem como papel reflexivo e autocrítico do psicólogo devem estar presentes. É também importante o reforço constante de uma AT forte que permita a ligação com a figura representada pelo terapeuta mesmo quando ele já não está presente. Frases como *“às vezes lembro as nossas conversas”* ou *“o que seria a sessão depois de este ou aquele acontecimento”* ilustram bem de como a interiorização da AT pode e deve desempenhar um papel fulcral nos tratamentos psicoterapêuticos.

#### 1.9.1. Outras indicações e técnicas

Neste caso e apesar de ser nossa convicção que não existe um terapeuta ou terapia perfeita esta indicação ficará em branco. Provavelmente e neste caso, como felizmente noutros, a PDBI foi adequada e eficaz. De todo o modo as técnicas são uma limitação também fenomenológica e é também na relação com os pacientes que se poderão muitas vezes (através do estudo e aplicação de um corpo teórico) encontrar novas técnicas de passível aplicação e integração nos modelos.

## 2. Caso 2 – O adolescente doente? Diferentes janelas para uma mesma realidade

- ii. Caso ilustrativo da riqueza de olhar para o paciente de forma holística, utilizando hipóteses psicodinâmicas, mais plásticas, ao invés do modelo nosológico de avaliação e diagnóstico do DSM-IV. Importância de em permanência estar atento ao desenrolar do processo de desenvolvimento do quadro patológico no contexto de desenvolvimento do paciente permitindo refocar estratégias senão mesmo abordagens. Introdução de técnicas de abordagens diferentes.

*“É um facto reconhecido que para existir é preciso matar o pai, mas daí a matar toda a família... é preciso ser razoável”*

Didier Pleux<sup>86</sup>, a propósito da crise de oposição.

---

<sup>86</sup> *“Da Criança-Rei à Criança-Tirana”*, Sinais de Fogo Publicações, 2005.

## **2.1. Enquadramento**

Raras vezes em psicopatologia do adolescente, tal como acontece com frequência nas crianças, o que parece é. A adolescência é definida por um período mais ou menos longo de desenvolvimento pautado pela grande alteração do quadro de referência hormonal e físico acompanhado de uma necessidade de elaborar lutos quer das imagens parentais, quer da imagem infantil tanto na sua componente física como psicológica (Aberastury & Knobel, 1981).

O adolescente é, assim, também ele, um espaço transicional (Winnicott, 1993). Funciona ainda, como um elo de ligação entre as projeções dos pais, as dele e o meio que o rodeia, engolfa e cospe (amiúde) alternadamente, fazendo-o crescer mais em arremedos do que num contínuo. Estas transições, quando enquadradas por um meio que por razões circunstanciais se encontram em rutura, favorecem o aparecimento de quadros que correspondem a síndromas categorizados no DSM IV como patológicos. Torna-se por isso importante em primeiro lugar contextualizar as componentes dinâmicas presentes na crise, e sobretudo na forma como é vivida no caso acolhido. Assim poder-se-á evitar a estigmatização sempre difícil de um diagnóstico patológico e de uma medicação inadequada ou excessiva.

## **2.2. Seleção do paciente**

Tem 16 anos e apresenta discurso lógico de fácil compreensão. Mostra capacidade para estar sentado no contexto da consulta, embora acuse alguma agitação. Revela capacidade para falar de si próprio, dos seus atos e pensamentos. Denota ainda competências cognitivas e emocionais adequadas à sua idade, estando por isso apto a ser seguido em psicoterapia.

## **2.3. Elaboração de processo**

### **2.3.1. Queixa principal**

A queixa principal é feita pela mãe do jovem e não pelo próprio<sup>87</sup>. A mãe diz sentir estar perder o controlo do filho e a recear que ele o perca também. O jovem tem diminuído as suas notas tendo já apresentado negativas. Mostra-se agressivo para com ela, os irmãos e professores. A mãe pensa que ele terá começado a consumir marijuana. Tem para além disso mensagens no seu telemóvel que indicam que poderá estar “*metido*

---

<sup>87</sup> É uma incidência frequente nos casos de adolescentes. O procedimento neste caso foi condicionado por quem trazia o pedido ou queixa. (ver Primeira Consulta, Cap. II).

em comportamentos menos próprios para a idade” ilustradas por mensagens de cariz sexual.

### 2.3.2. História da doença atual

As queixas são sobretudo inferidas pelas queixas da mãe referentes a aspetos comportamentais. Estes comportamentos terão começado há três, quatro meses. Agressividade, más respostas, dificuldade em ir para a cama a horas, ter começado a fumar. Há uma semana mandou o caderno para o chão e disse a um dos professores “*para se ir lixar*”.

Do encontro com o jovem obteve-se a confirmação dos comportamentos disruptivos, uma zanga crescente que o próprio situa junto ao Natal passado, mas que este atribui ao fato da mãe o ter posto de castigo pelas notas baixas. Diz “*sentir-se por vezes triste mas sobretudo zangado e sem saber por vezes para onde deve ir*”...

O consumo de substâncias é real mas esporádico e exploratório, não apresenta, quer pela sua frequência, padrão e enquadramento emocional nenhum perigo atual, requerendo no entanto seguimento para enquadramento na evolução do jovem.

### 2.3.3. História pessoal

O jovem é o mais novo de três irmãos com idades de 20 (irmã) e 18 (irmão) anos todos filhos do mesmo pai. Este terá sido o primeiro marido da mãe sendo 17 anos mais velho do que ela. O pai do paciente faleceu de enfarte quando o jovem tinha 10 anos. Desse dia o paciente diz lembrar-se de tudo como se fosse hoje. Dois anos mais tarde, a mãe volta a casar com um ex-colega de trabalho. O paciente sente que o casamento dos dois não é muito feliz mas que o padrasto é “*porreiro*”.

A infância, recorda-a como boa, mas com ausências grandes da mãe e do pai. O pai tinha um trabalho que o fazia viajar com frequência e a mãe trabalhou e concluiu o curso já tarde o que a fazia estudar às vezes à noite, e por vezes em casas de colegas.

Os *hobbies* do paciente são o *bodyboard* que faz com regularidade, às vezes com o irmão, outras vezes com amigos ou em cursos dados por amigos.

O percurso escolar foi sempre regular até ao 10.º ano alternando a frequência de colégios e escolas relacionado com duas mudanças de casa. Este ano frequenta um externato que diz ser muito pouco exigente mas ter “*malta fixe*”.

A relação com os irmãos é próxima, mais da irmã mais velha e menos do irmão.

Considera as férias uma *bênção* e o *bodyboard* o seu futuro. Estudar é visto como uma obrigação sem sentido e que só faz por ser obrigado pelos pais.

Tem muitos amigos, mas diz: “que não se pode confiar muito pois isso é perigoso”. As relações com sexo oposto são descritas da seguinte forma: “*as tipas são mesmo estúpidas*”. Existe assim uma projeção negativa da figura feminina não muito condizente com a idade do paciente. Não parecem haver relacionamentos significativos com os seus pares. As figuras de referência masculina parecem estar reduzidas ao padrasto e a um tio que vive também no estrangeiro mas que é visto de forma algo idealizada pelo paciente. Que o classifica como “*o Homem que sabe viver*”.

#### 2.3.4. História familiar

O paciente apresenta padrões familiares estáveis com a mãe que no entanto se apresenta como vivendo de forma algo simbiótica (num sentido figurado e não tanto patológico) os problemas do filho.

A relação com o irmão mais velho e o padrasto revela tensão e a relação com a irmã é sentida como quebrada, provavelmente pelo aparecimento de um novo namorado. A morte do pai introduz uma rutura importante e aparentemente não substituída por parte do paciente. As relações com outras figuras não existem ou são descritas como insuficientes. Do pai guarda recordações de um homem bom mas que não brincava muito. “*Era mais de falar connosco. Não jogava á bola nem isso mas gostava muito do Mar*”.

#### 2.3.5. História patológica anterior

Não existe morbilidade significativa a assinalar. No entanto, aos 11 anos, o paciente consultou um psicólogo(a) com o qual teve apenas três encontros, não havendo sobre a razão do abandono das sessões razões objetiváveis.

#### 2.3.6. Exame psíquico

Apresentação cuidada e adequada para a idade com uso de chapéu que foi tirando e pondo na primeira consulta. Crítica presente com a assunção da ideia de culpa. Hipertenacidade apontada pela mãe, mas não verificada em consulta. A memória apresenta-se normal nas suas várias dimensões. Não existe história de problemas

declarados pelo Externato nas competências cognitivas (embora o paciente se ache burro). Este fato é atribuído por nós à autoestima flutuante que apresenta.<sup>88</sup>

Teste da realidade positivo apresentando alguma deslocação temporal adequada à idade. O pensamento no seu curso e velocidade não apresenta perturbações sendo a ideia do *bodyboard* e de uma carreira de sucesso recorrente na sessão. Denota alguma repetição de algumas frases que atribuímos à ansiedade da ocasião.

## **2.4. Hipótese psicodinâmica e foco**

### **2.4.1. Compreensão e hipótese psicodinâmica**

O paciente parece ter sofrido de uma perturbação do seu desenvolvimento normal pubertário com uma latência<sup>89</sup> prolongada (Poussin & Lebrun-Martin, 1999), e uma alteração hormonal e física abrupta (verificada pela indicação das transformações físicas recentes relatadas pela mãe e pelo próprio). Esta alteração é o acontecimento que o permite entrar em contacto com o seu próprio corpo adulto e para o qual não estaria preparado. Demonstra dificuldade no luto deste, revelando também dificuldade no luto do ego (adaptação das competências sociais e emocionais exigidas pelos pais e pela escola).

A morte do pai, tendo ocorrido na fase da latência, parece agora aparecer sobretudo sobre a forma de dificuldade em encontrar uma figura masculina de oposição. A mudança de exigência na passagem do 9º para o 10º ano e os consequentes resultados negativos funcionaram como defesa ao próprio sofrimento psíquico racionalizando uma possível *burrice* ou ausência de talento. A projeção evidenciada pela mãe<sup>90</sup> ajuda ao movimento de ambivalência emocional.

### **2.4.2. Foco**

Trabalho simultâneo no luto do imago de si próprio como criança fomentando a EEC perante a sua oposição. Trabalho sobre os resultados escolares, que poderão funcionar como eternização do fracasso permitindo ao paciente manter-se nesta posição

---

<sup>88</sup> De notar contudo, que esta questão ocupou de alguma forma as primeiras sessões quer por parte do paciente, quer por parte da mãe, que parecia de alguma forma desejar encontrar num possível défice cognitivo uma acomodação para os comportamentos do filho. Acrescente-se ainda que também ela teria sofrido de dificuldades escolares nesta mesma idade.

<sup>89</sup> O período de latência é compreendido entre os 5/6 anos até a puberdade. A latência é produto direto do não que institui a finalização do Édipo, onde o sujeito se vê obrigado a deslocar-se para fora (exogamia) da estrutura familiar primária.

<sup>90</sup> É a mãe que na entrevista inicial bem como num outro contato estabelecido mais tarde, acaba por confidenciar que tem medo que o filho sofra das dificuldades que ela passou na adolescência.



depressiva aguda (aqui no sentido de exibição de comportamento disruptivo em vez de, elaborado internamente).

Mais tarde e face às dificuldades escolares ainda exibidas e uma queixa por parte do paciente em gerir o seu tempo livre foi necessário introduzir e elaborar um programa de gestão do tempo feito em conjunto com o paciente.<sup>91</sup>

### ***2.5. Planeamento e estratégia***

Acolhimento contentor nos problemas apresentados como “*burrice*” remetendo para a relação, e não para os resultados escolares o trabalho que é necessário ser feito. Permitir dentro de limites estabelecidos não na primeira sessão, o que estabeleceria o habitual contrato psicológico, mas no decorrer do processo alguns comportamentos que permitam a expressão da agressividade dirigida às figuras de oposição.

### ***2.6. Diagnóstico nosológico***

O paciente foi provavelmente diagnosticado com uma *Perturbação da Oposição* ou mesmo com uma *Perturbação disruptiva sem outra especificação* (esta segunda poderia aproximar-se do nosso próprio diagnóstico nosológico ressaltando-a como ligeira) dada a medicação apresentada. Antidepressivo, ansiolítico, e um antipsicótico com atuação sobre a alternância do humor. A nosso pedido, a mãe requereu ao técnico que o seguiu que lhe apresentasse um diagnóstico e este terá retorquido que seria muito cedo para isso. Acrescente-se que não houve interferência da nossa parte na medicação prescrita (embora a considerássemos excessiva para o quadro apresentado) e que o paciente a tomou enquanto sentiu necessário tendo sido este período, de 2 semanas e a toma tenha apresentado intermitência.

### ***2.7. Evolução e conclusão do processo***

As primeiras sessões com adolescentes são sempre desgastantes. Ou estamos perante embotamento, ou perante uma certa apatia, manipulação e erotização da relação ou perante um comportamento de oposição que pode ir desde o cantar e assobiar em sessões até ao ter um comportamento marcadamente agressivo. Se a aliança terapêutica se revela como um fator quase universal em psicoterapia em casos como este revela-se fundamental para o exercício de uma segunda sessão. Na primeira sessão a aceitação de um papel aberto e sobretudo contentor é fundamental, assumindo por vezes mais

---

<sup>91</sup> Ver Anexo IV.

preponderância do que a própria recolha da história clínica. Neste caso verificou-se logo uma mudança na atitude do paciente ao perceber que o nosso papel era de escuta mais do que determinação de procedimentos ou crítica a comportamentos. É necessário que esta abertura não seja interpretada como sedução ou como ganho secundário pois poderá marcar a transferência do paciente para o resto do processo.

O paciente foi visto semanalmente durante 33 semanas com interrupções nas férias escolares. Manter o foco foi por vezes difícil sendo muitas vezes preciso respeitar o ritmo a que as mudanças iam acontecendo na própria relação funcionando esta *paciência e contenção* como uma EEC no processo (na medida em que alterava a forma como o paciente normalmente sentia a receção às suas mudanças, quer por parte da escola quer por parte da mãe. O *self-disclosure* <sup>92</sup> neste caso proporcionou também condições para o paciente sentir a figura paternal mais atual e por isso mais próxima também de um conceito de amigo mais velho. Mais tarde, este trabalho foi sendo substituído por um trabalho de consolidação da figura do padrasto que permitiu ao paciente ligar-se de forma mais significativa ao mesmo.

Por outro lado nas semanas seguintes ao primeiro período escolar foi necessário, um trabalho de reforço e de disponibilidade para se não se recomendar uma avaliação psicológica que a mãe queria e o próprio paciente aderiria mas que a nosso ver não seria necessária. Mais uma vez a EEC teria efeitos de carambola ou *pedrada no vidro* <sup>93</sup>.

A pressão dos resultados escolares que foi gerida à medida que iam saindo, em cada um dos períodos escolares acabou por ter influência na evolução do processo dado que, introduziu uma ansiedade no processo que precisava constantemente de ser mitigada mas que ao mesmo tempo era uma agenda secundária (tal como referimos anteriormente).

O *terminar do processo* foi pedido pelo próprio paciente e indicou-nos nessa altura a preocupação dele em se concentrar em tentar salvar o ano. Mais uma vez ao fazer a aceitação do terminar antes do combinado permitiu-se ao paciente construir no ambiente familiar já com a ajuda da mãe, do padrasto e do irmão mais velho condições para estudar e concentrar-se na exigência das tarefas escolares.

---

<sup>92</sup> Neste caso como noutros com adolescentes é por vezes útil o partilhar de alguns aspetos pessoais que reforcem processo de identidade e reduzam a diferença entre paciente e terapeuta

<sup>93</sup> Já referido na *estratégia e planeamento*.

## 2.8. *Follow-up*

Por fim e já em *follow-up* (passados 7 meses) é o próprio paciente que revela “*que o pai fez falta, mas que o que faz mais falta é ele próprio sentir-se capaz de conseguir fazer coisas*”. Entretanto mudou de escola mas passou de ano com frequência dos exames. A escola que agora frequenta permite-lhe começar um novo ciclo sem o estigma do comportamento negativo que exibia no ano anterior.

No segundo follow-up é relatado um relacionamento que entretanto acabou e que durou 5 meses, o que revela já uma capacidade quer de se relacionar com o sexo oposto de uma forma mais adulta mas também alguma capacidade de sofrer decepções sem entrar em comportamentos disruptivos. O paciente continua ao dia de hoje a manter contato de vez em quando, para dar notícias das vivências mais importantes.

## 2.9. *Leitura posterior*

Este caso ilustra, como as situações que *caem* na consulta privada refletem a realidade da saúde mental geral e não a exceção. De fato, este jovem foi recebido em instituições de saúde mental, quer públicas quer privadas e ter-lhe-á sido diagnosticado um quadro nosológico específico.<sup>94</sup> Posteriormente foi-lhe prescrita medicação (que não se revelou necessária) e seguimento.<sup>95</sup> Esse seguimento não foi entretanto assegurado de forma pronta por um psicólogo. A consulta seria feita e seguida na psiquiatria com um espaçamento entre sessões muito largo, difícil de providenciar um suporte efetivo.

Embora o quadro sintomatológico tenha melhorado, com remissão a ser confirmada pelo follow-up e pelas consequências no comportamento apresentado quer no quadro escolar quer fora dele e a psicoterapia tenha sido assinalada como terminada com sucesso poderemos posteriormente apontar algumas das abordagens e alterações bem como a introdução de técnicas que poderiam contribuir para um melhor e mais eficaz seguimento. Todavia estas não interferem diretamente (como poderá acontecer por exemplo no caso 3) no sucesso da psicoterapia. Apresentamo-las, dando corpo ao epíteto que demos ao caso *diferentes janelas para a realidade* no sentido de permitir para além da perspetiva biomédica (que neste caso se revelou insuficiente ou mesmo

---

<sup>94</sup> Na verdade não foi. Mas a prescrição medicamentosa pressupunha este mesmo diagnóstico. Na ausência de um, limitámo-nos a percorrer a medicação e a especular sobre um possível enquadramento biomédico com base na nossa própria observação.

<sup>95</sup> A este assunto voltaremos na Reflexão Conclusiva, a propósito das diferentes perspetivas de abordagem à depressão e oposição na adolescência.

inadequada) e a dinâmica (assente numa perspectiva de desenvolvimento), outras perspectivas terapêuticas.

### 2.9.1. Outras indicações e técnicas

Utilização de testes de avaliação pubertária que permitisse a aferição da correspondência no critério de seleção *idade* quer para este caso quer para outros casos semelhantes. A utilização de *trabalhos de casa* e modulação cognitiva no sistema de crenças do paciente acerca das suas próprias capacidades poderia contribuir para uma maior ligação ao que lhe ia sendo pedido no ambiente escolar.

A avaliação das competências cognitivas feitas através de uma escala que permitisse confirmar a avaliação feita em consulta da inexistência de dificuldades de aprendizagem (no sentido de quadro patológico). Este resultado permitiria remover alguma ansiedade associada quer à projeção da mãe das suas próprias dificuldades quer à do filho, aumentando a sua autoestima e permitindo um mais rápido abordar do foco.

Por fim a sugestão de uma consulta de terapia familiar concomitante à terapia individual, na medida em existia suporte emocional efetivo mas muito resumido ao núcleo central. Este apresentava entretanto alguma desorganização e dificuldade em lidar com os comportamentos do paciente que poderiam ser melhorados com o suporte de uma terapia sistémica familiar, vocacionada para a intervenção em crise.

## 3. Caso 3 - A Onnipotência velada (a mulher que não queria ser tratada)

- iii. Limitações do quadro psicodinâmico em alguns casos psicopatológicos. O individualismo e a excessiva interpretação do modelo. A forma como a linguagem por vezes onipotente da psicoterapia dinâmica breve alicerçada num processo de construção, embora continuamente avaliado, carecendo de medidas normativas de sucesso pode acabar por revelar, caminhos pouco efetivos na resolução do problema contribuindo para uma ineficácia do processo. Onnipotência velada.

*“É de evitar que uma criança seja lançada fora juntamente com a água do banho”.*

Jung, a propósito da crítica feita a Aschaffenburg  
sobre a teoria da histeria de Freud.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> C.G Jung, “*Freud e a Psicanálise*”, 1989, Editora Vozes.

### 3.1. Enquadramento

As situações de esterilidade ou pré esterilidade (aqui no sentido da dificuldade ou quase impossibilidade de ter filhos) são hoje um problema que afeta um em cada dez casais portugueses com os últimos dados a referirem 296.000 casais inférteis<sup>97</sup>.

A endometriose é referida como um dos principais fatores causadores da infertilidade feminina (Associação Portuguesa Fertilidade, 2012). Esta doença representa (vista do lado feminino) uma grave e profunda ferida na adaptação do seu papel maternal, sexual e também na sua vida social (Matta & Muller, 2006). Dimensões de importância notória em psicoterapia.

Quando existe doença orgânica com necessidade de intervenção cirúrgica como uma histerectomia, as pacientes as mais das vezes fantasiam negativamente este acontecimento como mutilante, física e psiquicamente (Mori & Coelho, 2004). Esta fantasia é muitas vezes subavaliada, à semelhança aliás, do que acontece para as mastectomias ou quadrantectomias<sup>98</sup>. O viver de uma situação deste tipo é por vezes mascarado por um agir noutros papéis como o profissional, ou até solidário,<sup>99</sup> impedindo o surgimento do luto adequado à importância do trauma. Estes quadros comportam, em algumas situações, uma negação profunda dos sentimentos de morte sofrida e uma permanente situação de ansiedade.

### 3.2. Seleção do paciente

Tem 49 anos, apresentação pouco cuidada mas não desleixada. Contato distante e atitude algo apática. Responsiva e cooperante na entrevista inicial. Denota agitação e gesticulação. Revela capacidade de compreensão e *insight* (embora diminuído). A atenção é normal e os processos mnésicos apesar das queixas apresentadas, “*brancas frequentes e dificuldade em dizer palavras que conhece ou usa com frequência*”, não revelam em consulta aparentes perdas ou dificuldades.

Todavia, apresenta indicação para consulta psiquiátrica e neurológica, para despiste das queixas insistentes relacionadas com a memória. Esta situação é no entanto

---

<sup>97</sup> Dados do mais recente estudo Afrodite, realizado em 2009 e conduzido por João Luís Silva Carvalho, que contraria a ideia geral dos 15 a 20 % muitas vezes apontados.

<sup>98</sup> Da nossa prática temos vindo a reunir um conjunto de informações que apontam para que este acontecimento seja na maior parte dos casos vivenciado como *trauma relevante*, mesmo em situações de pouca visibilidade estética da intervenção ou reconstrução mamária. Fatores positivos como: Relações estáveis, favorável entendimento e suporte por parte dos cônjuges ou companheiros etc. são importantes mas não impedem a formação de quadros depressivos (entre outros).

<sup>99</sup> Voluntariado e outras formas de participação cívica.

difícil dado que já recorreu a automedicação e não mostra recetividade em consultar um psiquiatra.

### **3.3. *Elaboração do processo***

#### **3.3.1. Queixa principal**

Queixa-se de não estar bem e precisar estar bem para desempenhar a sua profissão ligada à saúde. Diz ter dores de cabeça, sentir-se angustiada e ansiosa e não parecer pode controlar tudo isto. Diz já ter recorrido a medicação prescrita por um colega mas que assim não pode continuar. Queria deixar de fumar mas acha que não é capaz. Foi recomendada por uma colega e diz que sabe que *o “psicólogo pode fazer milagres”*.<sup>100</sup>

#### **3.3.2. História da doença atual**

Diz ter começado a sentir-se pior do Verão para cá (desde há 3 meses) mas indica que provavelmente já o ano passado, quando a transferiram de serviço não estaria bem. O que remete pelo menos para um ano e meio os sintomas. A paciente relata também uma irritabilidade, sobretudo nos dias que antecedem a menstruação. Tem vindo a perder o sono, denotando insónia intermitente. Diz ter dificuldade em ficar realizada seja com o que for. Nunca deixou de trabalhar mas por vezes sente-se cansada. Acrescenta saber *“que está deprimida mas que não tem tempo para isso”*. Refere uma separação com 9 meses, do marido com quem vivia há 19 anos.

#### **3.3.3. História pessoal**

Praticamente resumida à descrição da história familiar, história da doença atual e anterior e elaboração psicodinâmica. As sessões foram pautadas pela preocupação muito imediata da paciente e a recolha da história clínica tornou-se extremamente difícil. Permanentes diálogos sobre alguns aspetos ligados à forma como a paciente estaria vivenciar quer a sessão quer os seus problemas resultaram numa anamnese incompleta.

#### **3.3.4. História familiar**

A mãe faleceu há dois anos vítima de cancro, o pai vive no estrangeiro com outra mulher já há 20 anos. Tem uma irmã mas só se vêem no Natal e nos aniversários.

---

<sup>100</sup> Claramente numa alusão ao pensamento mágico que no entanto reflete mais do que uma idealização positiva uma projeção de responsabilidade do processo na figura do psicólogo.

Não tem filhos e os sobrinhos, considera-os “*uns chupistas que só aparecem para pedir dinheiro*”.

Em sua casa vive o enteado, que tem agora 21 anos. A relação com este parece ser tensa e conflituosa. Gostava do marido, mas apresenta agora sentimentos negativos por este visto ter sido enganada, logo a seguir a saber do cancro da mãe. A rede social parece estar concentrada sobretudo no trabalho e não há referências significativas a outras figuras.

### 3.3.5. História patológica anterior

Endometriose que provocou uma histerectomia total quando tinha 36 anos. Fez terapia hormonal de substituição ou reposição TRH mas parou há cerca de 4 anos com medo de ter cancro de mama. De resto, apresenta-se como saudável descrevendo uma rinite alérgica. Não existem seguimentos psicoterapêuticos anteriores e a medicação que fez pediu a um colega para se “*sentir mais calma*”.

### 3.3.6. Exame psíquico

Contato distante mas cooperativo com algumas quebras de humor acentuado. Na memória, a evocação e reconhecimento quer de acontecimentos passados quer recentes é normal. Apresenta alguma agitação motora ilustrada pela forma como se senta e volta sentar na cadeira/sofá. O Curso do pensamento é normal mostrando em algumas ocasiões perseveração e repetição sobretudo dos seus receios relacionados com a ansiedade. Existe alguma preocupação com estado de saúde que não parece corresponder a nenhum estado de saúde geral perturbado ou modificado que atribuímos ao processo ansioso, Não revela cisões objetais e mostra determinação e vontade. A afetividade parece ser determinada por alguma angústia bem como por irritabilidade.

## 3.4. ***Hipótese psicodinâmica e foco***

### 3.4.1. Compreensão e hipótese psicodinâmica

Paciente com recursos psicológicos embotados e afetados pelas defesas que mantém para esconder a depressão instalada. A doença e consequente intervenção a que foi sujeita deixaram-na *ferida de morte*. Esta morte não parece ter sido enlutada de forma capaz. O acontecimento é desprezado pela paciente. O fato de ter de se confrontar todos os dias com jovens grávidas que necessitam do seu cuidar, materializa uma

angústia constante de projeção afetiva. Confrontada com isto, diz “*ser uma profissional e sentir-se até ofendida pela pergunta*”.

A separação recente terá sido a gota de água que fez ruir o já frágil sistema afetivo-social da paciente. As suas âncoras afetivas encontram-se longe ou ausentes. A doença e morte da mãe poderão também ter alimentado as já fantasias de morte que se apresentam ainda assim sob a forma de preocupação com a saúde.

A efetuação do luto da separação (Worden, 1998) poderá providenciar um caminho no sentido da resolução da angústia de destruição presente pela morte da mãe. Estes lutos poderão permitir o desencarcerar da morte uterina verificada. No entanto, a fragilidade da rede sócio afetiva da paciente bem como a já provável cristalização do movimento depressivo poderão, no seguimento em psicoterapia, despoletar um desmontar de defesas indispensáveis à funcionalidade da paciente.

#### 3.4.2. Foco

Trabalho de reconstrução dos mecanismos de defesa adaptativos à continuidade da atividade profissional. Instauração de um quadro aceitante mas firme na compreensão dos objetivos da psicoterapia para permitir uma adesão genuína que por sua vez construam uma AT eficaz.

### **3.5. Planeamento e estratégia**

Não realizado à data.

Obs.: Neste caso, o foco compreende uma síntese do planeamento para a psicoterapia, o que evidencia também a dificuldade que tivemos em olhar positivamente para a continuidade da psicoterapia. A elaboração do processo serve muitas vezes para se perceber como foi lido e sentido o paciente. Um plano menos conseguido, incompleto ou remetido para uma sessão seguinte revela muitas vezes dificuldades no acolhimento do caso.

### **3.6. Diagnóstico nosológico**

Não estabelecido. Das notas da altura retira-se o seguinte: “*Poderemos estar perante uma depressão major com o episódio principal a situar-se já remoto*”. De referir que o quadro de sintomas parece muito racionalizado pela paciente o que vai de encontro a negação como principal defesa.



### ***3.7. Evolução e conclusão do processo***

A paciente apenas esteve presente em duas sessões não tendo telefonado para marcar a terceira sessão. Nas duas primeiras sessões, o ambiente foi sempre tenso, não propiciando a formação de uma AT. Os processos contratransferenciais instalaram-se mal a paciente sentiu a crítica provocada por algumas confrontações à sua prestação profissional. O seu registo de irritabilidade ofuscado pelo posicionamento fragilizado em que se encontrava não permitiu a verbalização de um descontentamento mas foi notório o desconforto sentido em particular na segunda sessão, onde se discutiu as possibilidades de a psicoterapia só poder funcionar com um contributo grande da parte da paciente. Este devolver de responsabilidade feito à paciente poderá ter despoletado o sentimento de exigência a que no fundo sempre esteve exposta quer em termos amorosos quer em termos profissionais.

### ***3.8. Follow-up***

A paciente foi contactada três semanas depois da sua não comparência e não tendo atendido foi deixado no seu telemóvel a possibilidade de poder consultar outro colega dado termos sentido não ter havido a melhor adesão ao processo que lhe propusemos.

### ***3.9. Leitura posterior***

Sempre que uma psicoterapia não resulta é possível e até lógico (dada a sua importância na PDB) pensar em atribuir isso à falta de motivação do paciente. É nossa convicção, aliás retratada nesta tese que a motivação e idiosincrasia do paciente têm um efeito direto sobre os resultados da psicoterapia. Na realidade, poderia eventualmente avaliar-se isso se a própria contratransferência do terapeuta não se tivesse situado como negativa, resultando provavelmente de aspetos emocionais e pessoais da altura e da relação estabelecida bem como, de uma seleção deficiente.

Este caso revela como a compreensão psicodinâmica e até o levantamento de uma hipótese elaborada, não são sinónimo do melhor tratamento possível. Restam poucas dúvidas de que a paciente se encontrava deprimida, revelando na altura do acolhimento também uma perturbação da ansiedade. Também parece verificar-se como provável que a leitura e interpretação dinâmica tivessem sido adequadas. Porém, esta facilidade na compreensão dos movimentos psíquicos do paciente podem, quando contaminadas por uma atitude inicial transferencial negativa do psicoterapeuta levar a

aspectos transferenciais do paciente que nestes casos (onde a agressividade latente é massiva) podem conduzir a respostas defensivas por parte do psicoterapeuta (contratransferência negativa). Esta qualidade da relação dual, realçada no subtítulo levou a uma reatância da paciente tornando o processo impossível.

De realçar que independentemente do referido atrás, este tipo de resistência reside provavelmente na “crença” ainda muito arraigada na tradição portuguesa de olhar para *o psicólogo como o manto mais suave do médico dos loucos (o psiquiatra)*. Na resistência em tomar a medicação é muitas vezes feita a consulta do psicólogo, com uma ideia já formada sobre o que se passa e como encarar a *não doença*. Acrescente-se ainda que neste caso a discussão mais aberta do conceito de depressão e da maneira como a paciente via o que se estava a passar com ela poderia ter criado um espaço mais esclarecedor da relação inicial e assim poder ter um efeito mais positivo.

De todo o modo e mesmo na presença de limitações quer na motivação face ao modelo quer na própria crença da paciente existem outras indicações que talvez se pudessem aplicar.

### 3.9.1. Outras indicações e técnicas

A primeira diz respeito a uma possível abordagem terapêutica diferente, que pudesse dar uma resposta mais imparcial mas ao mesmo tempo direcionada, indo assim ao encontro dos desejos da paciente de fazer algo que a deixasse melhor com rapidez. A aplicação de alguns suportes terapêuticos direcionados a suprir a ansiedade e até algum tipo de abordagem comportamentalista que permitisse dessensibilizar os aspetos fóbicos relacionados com a sua saúde poderiam ser aceitáveis.

Em segundo lugar poder-se-á afirmar que este é também um caso onde a aplicação de *biofeedback* poderia ao mesmo tempo criar condições com as quais a paciente já se sentia familiarizada: Instrumentos de medição mais objetivos, criando ao mesmo tempo respostas diretas em tempo real do observado no equipamento. Isto poderia criar o espaço suficiente para, numa segunda sessão ou terceira sessão, ir abordando os assuntos que mais ansiedade causavam à paciente e assim poder introduzi-los de forma a evitar uma transferência negativa tão forte. Conjugados estes fatores poderia criar-se uma AT mais coesa essencial ao processo terapêutico.

A terapia de grupo, onde a paciente poderia experimentar os sentimentos de outras mulheres que tivessem sofrido de uma experiência semelhante poderia também,

numa fase mais avançada revelar-se útil para um enquadramento dos aspetos existenciais e emocionais próprios da fase do climatério.

## ***CAPÍTULO IV***

### **REFLEXÃO CONCLUSIVA**

O conteúdo desta conclusão apresenta-se também como reflexivo, na medida em que não assenta em resultados determinados estatisticamente por validação empírica. Tão pouco foram utilizados instrumentos que permitiram algum tipo de análise estatística ou correlações que por vezes se aplicam ao estudo de casos. O seu conteúdo encontra-se assim de acordo com o contexto narrativo da tese. De todo o modo, é também possível retirar da análise de casos e suas consequências dados que possam ser vistos como científicos, desde que possamos enquadrá-los na premissa com que iniciámos este trabalho. A tarefa da psicoterapia é uma tentativa para encontrar uma visão mais lúcida da realidade, que pode integrar experiências que parecem incompatíveis. Embora a procura da verdade (mesmo que baseada na validação empírica) seja ela mesmo um resultado incompleto, não deixa de ser a pedra de toque da psicoterapia (Morstyn, 2010; Bottela, 1998). Utilizaremos, assim, a compreensão narrativa para a análise da *leitura posterior* dos casos e com isso pensamos poder encarar essas mesmas hipóteses que formulámos no Cap. I de forma favorável. De notar que é através dessa análise, e não só do processo nas suas variadas dimensões ou dos resultados finais das psicoterapias expostas, que devemos enquadrar este exercício. Partindo dessa análise e observação, estaremos agora em condições de sintetizar os aspetos que na nossa opinião vão de encontro ao conteúdo das hipóteses levantadas.

No primeiro caso, “*um puzzle perfeito*”, encontramos na utilização de um modelo psicoterapêutico, neste caso a PDBI, a sua efetividade. Esta verifica-se para a redução dos sintomas agudos (neste caso de ansiedade e depressão) potenciada pela toma da medicação adequada e pela atuação das EECs discutidas. Verifica-se também o efeito da psicoterapia na presença positiva de capacidades interiores (Shedler, 2010), que permitiram à paciente enfrentar com liberdade e autonomia a sua vida. Esta autonomia que referimos na análise do caso enquadra-se, no nosso entendimento, nos mecanismos de Separação-Individuação propostos por Margaret Mahler, mais tarde revistos como um conceito mais abrangente, aplicável à adolescência por Peter Bloss.<sup>101</sup>

---

<sup>101</sup> Autor que postulou uma adolescência mais lata sem períodos intermédios. Bloss, Peter. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. New York: The Free Press. e mais tarde adaptou este conceito aos de Mahler em 1967 com *The second individuation process of adolescence. Psychoanalytic Study of the Child*.

Estes mecanismos encontram-se muitas vezes, independentemente de outras questões focais, no conflito nuclear dos pacientes. De fato, os conceitos ligados à teoria objetal de Mahler foram sumariamente referidos na análise de caso. Optámos por não desenvolver aspetos mais específicos quer da teoria geral, quer do nosso entendimento, na medida em que nos pareceu mais correto focar a elaboração da psicoterapia na adaptação egoica e na economia psíquica da paciente e daí partimos para a elaboração da hipótese e fixação do foco (ver Cap. III). O mesmo se aplica com os diversos conhecimentos sobre teorias de desenvolvimento, personalidade e outras, de que fazemos uso na aplicação do nosso modelo e que seriam impossíveis de traduzir no âmbito deste trabalho. De todo o modo, é no conjunto de vários instrumentos teórico-práticos que o psicólogo encontrará a melhor forma não só de abordar o caso, mas também de reconstruir a sua realidade e a realidade do paciente (Morstyn, 2010). Parece-nos por isso clara a utilização do modelo da PDBI nas vertentes apresentadas neste caso. Deixamos todavia em aberto o fato de ser possível a aplicação de outros constructos que pudessem ter um efeito benéfico para a paciente, desde que devidamente aplicados e observados os seus princípios gerais. O exposto atrás apoia a nossa hipótese b), que postula o benefício de assentar a prática clínica num modelo teórico, independentemente da sua orientação.

Também a hipótese e), que desenvolvemos com mais detalhe a propósito do caso nº 2, encontra no planeamento e elaboração, e consequente conclusão, do caso nº 1, o seu enquadramento. Como vimos na *leitura posterior* deste caso, “*um puzzle perfeito*”, a indicação para consulta psiquiátrica, no sentido de confirmar as nossas suspeitas da necessidade de uma medicação, que providenciasse o suporte necessário e adequado à remissão de alguns sintomas e à continuidade da psicoterapia entretanto iniciada, revelou-se essencial e profícua.

As situações de crise como a observada e analisada no caso 2 “*Várias janelas para mesma realidade*”, podem ser interpretadas e abordadas, quer por via de um quadro de sintomas axialmente definido pelo DSM, quer por uma abordagem construtivista e alargada do ciclo de vida do paciente, que em determinados momentos e aliada a circunstâncias exteriores normais, poderão constituir apenas crises ou picos desse mesmo ciclo.

Um dos problemas abordados na nossa revisão a propósito da leitura, porventura excessiva, que se faz dos quadros de ansiedade infantil, é a do crescente diagnóstico e

---

respetiva medicalização de crianças e adolescentes. Esta questão aparece muitas vezes ligada à disfuncionalidade escolar dos jovens e crianças, i.e., o seu pobre desempenho académico. Para além do necessário despiste de problemas específicos de aprendizagem ou cognitivos, ou situações de clara descompensação da psique, é necessário ter em conta que esta é também uma inquietação nossa, enquanto adultos e pais, e que pode ser encarada como uma projeção cada vez mais antecipada da preocupação com o sucesso (Aberastury & Knobel, 1981; Sundfeld, 2000). Esta preocupação (com a qual nos temos deparado várias vezes na nossa prática) leva os pais a recorrerem à ajuda de psicólogos e outros profissionais, com queixas referentes a alguns comportamentos de oposição, sintomas de alteração de humor, mau comportamento e/ou mau desempenho escolar.

O que é preciso ter em conta, numa perspetiva dinâmica, é que as dificuldades para pensar e concentrar-se do jovem ocorrem pelo fato deste se desligar das atividades exteriores, na tentativa de se reorganizar internamente (face à turbulência dos movimentos infantis anteriores). A dificuldade em tomar decisões, bem como as contradições na sua conduta, são também o resultado das projeções de dependência feitas nas figuras significativas e de autoridade (Vilela, 2007).

A leitura crítica das condições do processo, que neste caso requeria também a observação da terapêutica que já havia sido indicada, bem como a abertura a uma participação mais ativa do paciente (ilustrada pela compreensão dos comportamentos exibidos como fazendo parte de uma crise de desenvolvimento), referida por nós como hipótese d), vê-se assim apoiada pelo acolhimento e seguimento deste caso. A observação do postulado na hipótese revela-se fundamental na resolução positiva do processo e tem-se apresentado como mecanismo fundamental em vários processos, com particular ênfase nas intervenções em adolescentes.

Em clínica, a transmissão de um diagnóstico (para além de ser um direito do paciente) é muitas vezes praticada para comodidade do paciente ou sua família. Ao receber um nome (ou designação) para o que está a viver, o paciente vai encontrar uma justificação lógica e científica, transmitida por via adequada, permitindo-lhe enquadrar-se, numa classificação sócio-etiológica que, como sabemos, regula o próprio funcionamento das sociedades em geral (Cooper, 2008).

A *questão fundamental* põe-se nas consequências negativas e no estreitamento da abordagem adequada a seguir, que surge de um sistema de classificação que apresenta, como vimos, as suas limitações. A preocupação do público em geral pela contínua medicalização das respostas naturais e normais das experiências vividas pelas

peças, que sem dúvida nenhuma requerem resposta por parte de quem pode providenciar ajuda mas que não refletem doença, mas sim uma variação individual (British Psychological Society response, June 2011)<sup>102</sup>, enquadra-se na nossa própria visão, adiantada já na formulação de hipóteses como hipótese a). Esta hipótese pressupõe a criação de um movimento de acolhimento, adequado ao contexto quer cultural, quer pessoal, quer relativo à forma como é vivido o período de desenvolvimento pelo qual o paciente está a passar.

O enquadramento nosológico *suficientemente bom*<sup>103</sup> referido por nós como hipótese e), que é apoiado pela observação e análise do primeiro caso, apresenta assim, na análise do caso 2, a sua plenitude. O enquadramento deve ser realizado independentemente da abordagem ou da instância em que se recolhe o caso, mas observado cuidadosamente. Deixando em aberto a via medicamentosa, mas não a seguindo cegamente, sobretudo em casos de jovens que de alguma forma carregarão sempre o estigma de uma medicação precoce com todas as suas consequências (McLaren, 2010). Ao observarmos esta ideia estaremos a potenciar o espantoso poder das descobertas bioquímicas e sua inegável utilidade no desenvolvimento do bem-estar geral e, em particular, daqueles que sofrem de condições muito dolorosas. Mas ao mesmo tempo, retiramos-lhe um carácter definitivo de mudança da natureza da psique (Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt, & Wampold, 2010) abrindo a realidade a novas janelas, podendo assim contribuir para uma vasta compreensão dos pacientes e do público em geral acerca das perturbações do comportamento.

O caso 3, “*a mulher que não se queria tratar*”, remete-nos para a ideia que os fatores referidos como importantes na hipótese a) provavelmente não terão sido tão bem acomodados por nós na altura do acolhimento do caso, o que neste caso se enquadra exatamente na hipótese.<sup>104</sup> O mesmo se aplica para a leitura crítica das condições do processo, que neste caso em particular apresentava condições que nos deveriam ter levado a uma postura transferencial inicial (referida no Cap. II) mais contentora. É, no entanto, na observação da hipótese c) acerca da permanente atenção na produção de novas e validadas técnicas psicoterapêuticas ou instrumentos de avaliação psicológica decorrentes de investigação científica, que se encontra a melhor ideia do que poderia ter sido aplicado neste caso. Uma abordagem manualizada, empiricamente estabelecida e

---

<sup>102</sup> A propósito da revisão do DSM para a sua última versão o DSM – V.

<sup>103</sup> Aqui numa alusão claramente elogiosa para com a Mãe Suficientemente Boa de Donald Winnicott.

<sup>104</sup> Na medida em que neste caso, não tendo sido observados os princípios que fazem parte da hipótese, se terá contribuído mesmo que de forma parcial para o insucesso da psicoterapia.

mais rápida teria, como já adiantámos anteriormente, possivelmente propiciado uma maior adesão da paciente, contribuindo também, no que diz respeito aos problemas observados, para uma resposta terapêutica mais eficaz.

O entendimento positivo que se pode fazer das nossas hipóteses enquadra-se assim dentro do que apontámos relativamente à integração da nossa prática como PBE. É preciso contudo salvaguardar que o método usado no trabalho exposto nesta tese se insere no nível baixo de evidência relativamente ao terceiro ponto considerado importante na definição da PBE definido pela APA.<sup>105</sup>

Mais se pode acrescentar que, sendo este um modelo integrado, pressupõe como já apontámos anteriormente o reencaminhamento para avaliação e seguimento de consulta psiquiátrica e respetiva terapia farmacológica, os casos que entendemos necessitarem desse mesmo acompanhamento. Este fato, embora não invalide a efetividade do modelo psicoterapêutico que usamos como instrumento principal do nosso trabalho, introduz uma variável que poderá ter implicações na análise. Isto foi aliás relatado no caso 1, onde aparentemente o uso da medicação se revelou eficaz e por isso concorreu com o uso da PDBI para o sucesso da psicoterapia e para o tratamento do paciente.

De todo o modo, voltando ao exposto na Cap. I a propósito da efetividade das psicoterapias dinâmicas, não é nossa intenção neste trabalho proceder à validação empírica da PDBI. Convirá sim referir que este modelo, com as suas particularidades, faz parte de um quadro geral de aplicação da psicoterapia psicanalítica breve que tem vindo a ser submetido a estudos empíricos de grau de evidência máxima e que passaremos a referir brevemente.

Uma meta análise que examinou a eficácia da PDB para perturbações somáticas (que contou a participação de 1870 pacientes ao longo de 23 estudos) mostrou efeitos de 0.69 para a melhoria dos sintomas psiquiátricos gerais e 0.59 para os sintomas somáticos (Abass, Kisely, & Kroenke, 2009).

É ainda de referir uma comparação publicada no *American Journal of Psychiatry* entre 14 investigações em PCC e 11 em PD para perturbações da personalidade (Leichsenring & Leibing, 2003). Esta meta análise incide sobre os efeitos desde o pré tratamento aos pós tratamento, com uma duração média de tratamento de 37 semanas para a PD (semelhante ao tempo médio dos nosso tratamentos) e de 16 semanas para a

---

<sup>105</sup> Que embora sirva de referência e indicação, não deixa de estar submetida a possíveis e fundamentadas críticas como aquelas que indicámos no cap. I.



PCC, com períodos de *follow-up* de um ano e meio, e 13 semanas, respectivamente. Os autores concluíram que ambos os tratamentos haviam sido eficazes, com efeitos de 1.46 para a PD e 1.0 para a PCC.

Ainda no domínio da PDB, de referir outro estudo de 2004, uma meta análise publicada no *Archives of General Psychiatry*, que incluiu 17 ensaios clínicos randomizados de Psicoterapia Dinâmica Breve (com uma duração média de 21 sessões) e demonstrou um efeito de 1.39 para esta forma de psicoterapia comparada com os grupos de controlo (Leichhrsenrig, Rabung & Leibing, 2004). Talvez o dado mais interessante deste estudo é o aumento verificado no efeito no pós tratamento para 1.57 no follow-up de longo termo. Estes dado enquadra-se no observado no nosso caso 1 e remete para a ideia já exposta do aumento dos efeitos positivos do tratamento em PDBI mesmo depois de cessada a psicoterapia.

Estes dados, que começam felizmente a surgir, podem e devem remeter para novos e mais aprofundados estudos da eficácia/efetividade das psicoterapias breves dinâmicas dentro dos parâmetros de evidência elevada e para os quais parece haver atualmente ainda pouca predisposição por parte dos investigadores (Shedler, 2010). Esta falta de predisposição poderá estar de alguma forma relacionada com aspetos já referidos no cap. I, no que concerne à maior predominância das terapias cognitivo-comportamentais na investigação em Psicologia Clínica. Para além disso, poderá ainda estar relacionada com referido afastamento (a nosso ver precipitado) das correntes dinâmicas e para o qual também já adiantámos algumas explicações, às quais acrescentaremos a seguinte: a dificuldade dos psicoterapeutas em olharem para as suas limitações, projetando essas mesmas dificuldades no processo, por efeito de transferência inicial negativa ou de contratransferência, refletindo a ideia de que, se algo não funciona, se deve ao outro e não às limitações do modelo, de si próprios ou da sua atuação.

## **1. Omnipotência velada**

Muitos autores (voltando à arena dos Tratamentos Baseados em Evidência) têm salientado o falhanço na resposta da Psicologia em resolver os problemas sociais diversos como uma das razões para se encontrar validação científica para os mais diversos processos de ajuda ministrados por psicólogos (Baker, McFall & Shoam, 2009; Cooper, 2008; Thomason, 2010). Uma das razões que pode ser apontada para justificar esta ideia está diretamente ligada aos conceitos de efetividade/eficácia e validação já

sobejamente referidos. Existe contudo uma outra, que se prende sobretudo com o adiantado na análise e discussão do caso 3, referido acima.

Os psicólogos, sobretudo os que praticam psicoterapia, têm uma percepção positiva exagerada de si próprios. Noventa por cento dos terapeutas vê-se acima do percentil 75 em termos de providenciação de um serviço (Worthen & Lambert, 2007).

Por outro lado, parece haver a ideia que, sendo *tão bons* no que fazem, não precisam de grandes nem contínuas atualizações científicas. Num inquérito realizado aos psicoterapeutas americanos, só quatro por cento achou que a revisão e consulta da investigação científica seria uma boa fonte de informação para a boa prática clínica (Moorow-Bradley, Elliot, 1986 cit. por Cooper, 2008). A maioria, quarenta e oito por cento, referia a experiência terapêutica como a sua principal fonte de atualização para a própria prática.

É evidente que poderíamos adiantar que grande parte destes terapeutas encontra justificações plausíveis para estas preferências. A mais comum seria a de que a informação contida nas publicações de investigação empírica contém uma linguagem pouco clara e acessível, repleta de jargões estatísticos. A desculpa, embora *contextualizada*,<sup>106</sup> parece ser muito mais um processo de racionalização do que uma séria tentativa de olhar para os fatos.

A Onnipotência velada existe no seio da psicoterapia e da psicologia. Uma das críticas que estabelece esta ideia diz respeito à dignidade e caráter único e não comparável da profissão a outras (Baker, McFall, & Shoam, 2008; Cooper, 2008). Na verdade, o psicólogo é um profissional especializado com ferramentas diversas e preciosas ao seu dispor e um vasto campo de aplicações. Mas isso não deverá tornar a sua prática num *limbo* de procedimentos e atuações, mas sim numa permanente atenção à literatura e investigação produzida, mantendo, todavia, os seus princípios teórico-práticos fundamentais, bem como as experiências vividas.

O que importa reafirmar é que, embora a experiência vivida em psicoterapia seja para nós parte essencial do crescimento do psicólogo, este crescimento poder-se-á

---

<sup>106</sup> Um dos aspetos relevantes no processo de pesquisa bibliográfica desta tese foi (para além da nossa confrontação com a profusão de publicações), o depararmos com incontáveis artigos com pouca articulação teórica, densamente povoados de outras referências e revelando falta de adaptação à realidade clínica. Vários eram na realidade herméticos na sua linguagem. Talvez o surgimento de unidades curriculares sobre prática psicológica baseada na evidência, pelo menos ao nível do 2º ciclo de formação em psicologia, o que já é uma realidade nalguns planos de estudo do nosso país (cf., por exemplo, o Mestrado em Psicologia da Universidade de Aveiro), venha contribuir para formar futuros psicólogos mais preparados para enfrentar as dificuldades de leitura de artigos científicos sobre investigação em terapias, contribuindo também para a elaboração e redação de artigos e publicações mais consistentes e reais.

revelar dificultado ou mesmo perturbado se não for enquadrado por uma preocupação na atualização do seu corpo de conhecimentos. Provavelmente, se observadas estas duas condições ou, se quisermos ir mais longe, se observarmos as hipóteses por nós formuladas no início desta tese, encontraremos uma prática mais fluida e atual, mas humana.

Uma das consequências já hoje sentidas no extremar de posições adiantado acima – por um lado um *frenesim* empírico, por outro uma dificuldade de questionar práticas antigas baseadas na *omnipotência velada* – é o movimento de sobrevivência que os psicoterapeutas iniciaram já há duas décadas (Coale, 1998; Thomason, 2010). Fizeram-no concentrando as suas armas na (por vezes fútil) tentativa de defender a sua existência, apoiados na convicção que a psicoterapia é uma ciência para além da ciência. Lash refere-se à disseminação dos psicoterapeutas como “*padres seculares*” (Lash 1979, cit. por Coale, 1998, p.22). Podemos encontrar na evolução social das últimas décadas causas prováveis para esta ideia do terapeuta como sacerdote moderno. A crescente individualização, a generalização dos cuidados na saúde e na saúde mental em particular, a dicotomização do ser humano em vítima/agressor, encontraram na psicoterapia (e também resultaram dela) um local propício para se hipertrofiarem. A verdade é que este mesmo movimento leva hoje a que os psicoterapeutas se sintam também vítimas de agressões ou perseguições das entidades públicas ou associativas que os deveriam defender (Coale, 1998).

Devemos analisar estes problemas com cautela, mas não podemos deixar de integrar a ideia que a psicoterapia no exercício feito pelos psicólogos, embora seja obviamente criticável e passível de ser melhorada, não deve ser diabolizada. Não podemos correr o risco, ao não valorizar o bom trabalho feito por inúmeros psicoterapeutas ao longo de muitas décadas, de criar uma atmosfera fóbica na prática psicoterapêutica, sobretudo no contexto privado, criando a ideia que não resolvemos tudo o que deveríamos ter resolvido e como tal temos agora de pagar, numa visão persecutória e radicalmente positivista da profissão.

Face ao exposto, não podemos contudo deixar de pensar que seria fundamental um processo de atualização que permitisse uma perceção mais adequada à realidade dos profissionais sobre as suas competências técnicas, científicas e humanas, facilitadas por recomendações, estudos e até debates. Não cremos, no entanto, que isto se faça à custa de fechar o estore às diferentes realidades, caindo no habitual truísmo das correntes

terapêuticas ou, no contexto atual, na sobrevalorização de processos que embora válidos não deverão ser exclusivos (Botella, 1998).

Fica aqui apenas a ideia que é possível que as expectativas talvez tivessem sido demasiado altas e não necessariamente que os resultados sejam baixos<sup>107</sup>. Mais uma vez, ao revermos estas posições, fica patente que o “*Eye of the beholder*” desempenha um aspeto essencial das revisões e soluções propostas.

## 2. A profissão de psicólogo em Portugal

Muitas são as dificuldades sentidas pelos psicólogos atuais no desenvolvimento da sua atividade, quer esta se enquadre na prática clínica, ou no domínio da investigação. Dentro destas, tivemos já a oportunidade de referir a falta de consistência e contextualização clínica em algumas das publicações em Psicologia (em nossa opinião) também resultante do critério avaliativo numerístico, importante para a progressão nas carreiras académicas em psicologia. Abordámos também a resistência à integração construtiva, verificada hoje na prática clínica, na tentativa de resolver individualmente processos que são também holísticos na sua origem e por isso deveriam ser intervencionados nas suas várias dimensões.

Acrescentamos ainda a estas situações um apurar cada vez mais exigente de condições técnicas variadíssimas, quer gerais quer específicas, necessárias para o sucesso formativo e profissional de um jovem psicólogo europeu<sup>108</sup>. Em nossa opinião, estas refletem o aspeto positivo da exigência e rigor que defendemos para a profissão mas que, por outro lado, poderão ser difíceis de desenvolver e aplicar no contexto que temos vindo a abordar ao longo do nosso trabalho.

E em relação àqueles que já *fazem e praticam* a psicologia, que dados podemos encontrar? Mas afinal quem é esta gente que faz das preocupações dos outros as suas, enveredando por um caminho que (como pudemos observar) não é fácil nem pacífico?

Dados recentes de um estudo levado a cabo pelo gabinete de estudos da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) mostram que Portugal é um país de psicólogos, quer na sua formação quer na prática. Efetivamente, 0,23% dos nossos habitantes detêm formação universitária em psicologia quando a recomendação da *European Federation*

---

<sup>107</sup> Como se depreende da maior parte dos estudos realizados com placebos ou com o decorrer normal da vida dos pacientes.

<sup>108</sup> O quadro de competências pedidas um psicólogo clínico no Reino Unido (escolhido por ser uma das atualizações mais recentes no estatuto do psicólogo clínico na Europa) poderá ser consultado no Anexo V no seu formato original. A extensão deste quadro é tal que não seria possível o seu enquadramento ou mesmo síntese neste espaço.

of *Psychologists' Associations* (EFPA) é de 0.1% (Coelho, 2012). Setenta e sete por cento daqueles são mulheres, representando a maior assimetria (na distribuição por género) na Europa. Comparativamente, Espanha, que ainda assim representa também esta distribuição diferente entre géneros, tem 72 % de mulheres como membros da sua ordem. Na distribuição dos psicólogos pela área de atividade realizada, a psicologia clínica e da saúde representa 51% da atividade ou áreas exercidas profissionalmente. Por outro lado, quase 5% dos psicólogos (dos mais de 10.000 que se inscreveram na Ordem e que constituem esta amostra) eram psicólogos que trabalhavam na docência universitária e investigação (Coelho, 2012). Um número 8 vezes superior à percentagem de psicólogos que se dedicam a esta área em Espanha.

Não existem dados da distribuição deste(a)s psicólogo(a)s entre a prática privada ou pública. Tampouco se sabe quantos deles utilizarão a psicoterapia como *tronco* principal da sua atividade clínica (note-se que, embora os inscritos digam ter atividade clínica, o critério é apenas de escolha entre essa área e outras da psicologia, como a docência e investigação, educacional/escolar ou organizacional). Não será de todo modo estranho que destes 51 % (dada a pouca atenção e enquadramento do psicólogo na saúde mental pública, nomeadamente nos hospitais e centros de saúde), muitos terão pelo menos como sua atividade secundária ou mesmo principal a prática clínica privada. Convirá adiantar que, embora muitos dos inscritos se enquadrem nos cursos pré-Bolonha, onde a maior parte das instituições, apesar da existência de ramos de especialização dos dois últimos anos, se diz hoje terem ministrado formações generalistas. Esta autodescrição da atividade vai de encontro a dados reunidos nos EUA sobre os psicólogos, suas especializações e sua autodenominação ou caracterização, e a forma como se distribuem nos locais de trabalho.

Num estudo de 2011 (Neimeyer, Taylor, Wear, & Buyukgoze-Kavas, 2011) destinado a perceber as diferenças entre as colocações dos psicólogos clínicos e dos psicólogos de aconselhamento nos EUA, concluíram que psicólogos clínicos e de aconselhamento se distribuíam de forma diferente consoante a sua especialidade, nos diversos locais de trabalho, sobretudo no contexto público, com os clínicos a empregarem-se sobretudo em hospitais e os de aconselhamento em centros comunitários de saúde. Todavia, a maior parte, 60%, era na prática privada que encontraria o seu local de trabalho.

O outro aspeto diz respeito à forma como os psicólogos de aconselhamento se viam ou descreviam. A maior parte deles descrevia-se como clínicos (Walkins et al.,

1986, cit. por Neimeyer, Taylor, Wear, & Buyukgoze-Kavas, 2011). Não causará assim surpresa<sup>109</sup>, olhando para a realidade portuguesa à qual se atribui em grande parte uma formação generalista, que a maior parte dos psicólogos se enquadre numa determinada atividade e nem tampouco que essa atividade seja descrita como Clínica.<sup>110</sup>

A formação em psicologia é também profusa, com Portugal a apresentar o maior número de cursos (licenciaturas do 1º ciclo em psicologia) por milhão de habitantes. Por exemplo, só o distrito do Porto apresenta mais formações universitárias do que na Áustria. Hoje em dia temos 32 licenciaturas tendo já havido 37 em 2007 (Coelho, Brás Pereira & Amaro, 2012).

Estes dados, quer da atividade, quer da formação, revelam-se como importantes mas insuficientes para estabelecer relações que a nosso ver se afiguram como fundamentais para uma melhor compreensão da implementação da Psicologia e em particular da Psicoterapia. Todavia, parece-nos importante realçar que a Psicologia está demasiado presente nas nossas vidas para não ser olhada com rigor. Por outro lado, o excesso aparente de oferta (sobretudo de cursos de instituições privadas) e o fato de muitos dos psicólogos terem respondido pelo exercício de duas atividades é digno de registo, no sentido de perceber se estes reunirão condições e competências para tal. A terceira ideia é que o mercado está evidentemente inflacionado e que convirá, quer aos próprios quer às entidades competentes, enquadrar devidamente todos estes profissionais de forma a contribuir para uma melhor distribuição dos serviços providenciados pelos profissionais de psicologia.

### **3. Estudos futuros e modificações na prática**

Já tivemos a oportunidade de abordar a premente necessidade dos estados (que se deve ter acentuado com a atual crise sócio financeira) de reduzir os custos das participações das psicoterapias e outras intervenções psicológicas no quadro da saúde mental. De fato, não se trata de reduzir custos, trata-se de reduzir custo por pessoa ou *per capita*, na medida em que o número de indivíduos que (numa situação de paz)

---

<sup>109</sup> De fato, nos EUA a formação dos psicólogos clínicos e de aconselhamento segue duas vias de formação diferentes, com a segunda a adotar critérios mais antigos e que por isso poderiam sugerir maiores diferenças. O que na realidade não acontece, exceto na colocação académica ou enquadramento de investigação (a qual talvez seja explicável, em Portugal, pelo facto da formação superior em psicologia ser mais recente do que noutros países).

<sup>110</sup> De notar que a OPP não enquadra como psicólogos clínicos aqueles que praticam clínica. Esta denominação foi determinada pelo Decreto-Lei n.º 241/94, DR 220/94 SÉRIE I-A de 1994-09-22 e foi adotada pela Ordem. Acrescente-se que da mesma forma que não vemos a formação pré-bolonha como generalista na medida que incluía, nos seus ramos, opções muito diferentes, é também nossa ideia que o critério adotado pela ordem não é o mais adequado à realidade portuguesa.

recorre aos serviços de saúde mental tem vindo a aumentar exponencialmente (Nicaretta, 2009; Thomason, 2010).

Um dos problemas que nos ocorre resultante desta preocupação, é o argumento que ao tentar validar-se empiricamente tratamentos manualizados, rápidos, com possibilidade serem feitos à distância ou através de pseudo-relações (Morstyn, 2010), estejamos a substituir um problema por outro. De fato, e apesar de grande parte da investigação acerca da efetividade/eficácia dos TBE incluir *follow-ups* de dois, três e seis meses (Baker, McFall, & Shoam, 2008), com alguns modelos escolhidos a preconizarem um ano, a corrente dominante circunscreve a atuação das psicoterapias à remissão de sintomas e resolução da crise aguda. Não existem ainda estudos que permitam determinar taxas de reincidência dos quadros apresentados ou até o agravamento desses mesmos quadros numa perspetiva mais longa (por exemplo de 2-4 anos). Retira-se daqui uma importante questão. Quanto custará, e como será possível voltar a tratar estes pacientes, utilizando procedimentos que os próprios poderão sentir como menos eficazes e eficientes<sup>111</sup> por não terem resultado ao longo prazo? Ou ainda: mesmo que o paciente adira novamente a tratar-se, não será a cronicidade desta procura alvo de preocupação, constituindo posteriormente um corte nas expetativas do público, que no fundo é também uma das preocupações atuais da Psicologia.

A inclusão de quadros terapêuticos mais longos nos estudos financiados ver-se-ia assim como uma contribuição interessante para adequação dos meios a utilizar no futuro das psicoterapias praticadas por psicólogos, quer no contexto público quer privado.

Passamos a apontar algumas sugestões para o futuro tendo em vista a melhoria da nossa prática.

Assim, veríamos como importante a aplicação de uma escala pubertária aos adolescentes acolhidos no sentido de melhor os enquadrar no nosso critério de seleção. Poderia ainda recorrer-se à aplicação da escala de Separação-Individuação (SITA) ou a Escala de Autonomia Emocional (Emotional Autonomy Scale - EAS), desenvolvida por Steinberg e Silverberg em 1986 (no entanto, tanto quanto sabemos, não existem ainda aferições portuguesas destes instrumentos, apesar de existir uma adaptação da SITA). Estes instrumentos seriam úteis para a verificação de dificuldades importantes a este nível, para além de permitirem uma validação dos factos por nós observados em

---

<sup>111</sup> Partimos aqui da comparação estabelecida com o que é afirmado em muitos dos estudos referidos nesta tese. Não existem no entanto estudos que confirmem a resistência referida.

consulta. A utilização de técnicas de *biofeedback* poderia também representar uma mais-valia, na medida em que permitiria a aplicação de outras estratégias de âmbito cognitivo-comportamental nos casos selecionados para serem seguidos no registo de aconselhamento.

Dado o abrangente critério de seleção de pacientes que decidimos adotar, seria também importante o estabelecimento e sedimentação de uma rede integrada de resposta no que diz respeito a idosos (pessoas mais velhas), pessoas com dificuldades sócio financeiras e pacientes com problemáticas mais específicas que requeiram cuidados acrescentados. Neste sentido temos adequado a nossa prática, através da recomendação de diversas estratégias de comportamento, consulta de obras e inclusive sua distribuição junto dos pacientes, para doenças como Alzheimer, demências, disfunções sexuais. Na nossa aceção de psicólogos, o registo do aconselhamento (aqui num sentido daquele que aconselha e providencia indicações úteis) não deixa de estar presente mesmo quando aplicamos a PDBI. Procuramos assim, aconselhar e encaminhar estes pacientes para atividades que permitam potenciar o trabalho feito em terapia, informamos as famílias de limitações e aconselhamo-las ou reencaminhamo-las para entidades de apoio especializada nestes problemas.

A comparticipação permanece um problema, com o Estado a dar o mau exemplo. Continuamos (numa *deficiente cópia* de procedimentos internacionais) a ter de requerer uma declaração de um médico psiquiatra para tratamentos de psicologia (sejam de psicoterapia ou outros), para que a comparticipação tenha lugar. O profissional que providencia o tratamento nas suas várias vertentes: acolhimento, avaliação, seguimento e *follow-up* ou enquadramento institucional, requer a outro que apenas vê o paciente uma vez uma declaração, que justifica necessidade de tratamento realizada pelo primeiro. Uma situação para todos os efeitos caricata.

Veríamos como oportuna e fundamental a modificação do quadro institucional vigente no que refere à titulação da autorização para a comparticipação do tratamento. Seria também importante a adequação das comparticipações às necessidades dos pacientes, e não o contrário. Em psicologia e, por maioria de razão, em psicoterapia não existem *meios procedimentos (as mais da vezes as comparticipações não conseguem sequer corresponder a um quarto do preço da consulta)* e os pacientes deverão ter o direito ao tratamento que se adequa à sua condição.

Para isto ser possível temos que ser rigorosos com os níveis, quer deontológicos quer técnicos, que exigimos aos psicólogos.



#### 4. Conclusão

Parece não restarem dúvidas que a Prática da Psicologia tal como a conhecemos não será a mesma no futuro (Thomason, 2010) – e, acrescentamos nós, ainda bem. Não reconhecer os contributos, sejam eles baseados na exploração teórica mais adequada à vigência normativa da política de saúde mental em geral, ou nas evidências científicas resultantes da enorme profusão de publicação científica realizada, mormente na última década, seria negar a evolução do processo construtivo do homem e das suas ciências, naquilo que podemos apelidar de *negar o bom senso da história* (Changeux, 1991). O próprio Freud, muitas vezes esquecido, era neurobiólogo de formação e foi o primeiro a admitir o ruir do edifício da psicanálise às mãos da evolução da ciência biológica (Changeux, 1991) dando assim uma ideia de como os processos de construção da ciência, e consequentemente da sua aplicação prática, são dinâmicos.

No nosso caso 1, escolhemos a ideia de um *puzzle perfeito*. No fundo, tal como a PDB é um eufemismo ou antifrase, todos os puzzles são perfeitos na medida em que assentam num desconstruir de uma realidade, desenho, quadro ou imagem já feita. Como tal, se juntarmos todas as peças, em última análise, acabamos por voltar a ter essa mesma imagem. A forma como a construímos, ou melhor dizendo, reconstruímos, é que faz neste caso a diferença. Pode partir-se da referência da côr, dos bordos ou extremidades, seleccionar por temas da imagem, figura central, ambiente, etc.

A questão de reconstruir algo no que toca a pessoas adivinha-se muito difícil ou mesmo impossível. Os estudos das memórias falsas e o seu já longo debate dão-nos um exemplo disso mesmo<sup>112</sup> (Coale, 1998). A realidade é aquela que é vivida naquele momento sobre um determinado acontecimento, quer este tenha realmente acontecido ou não (Botella, 1998). Em psicologia (na nossa opinião) parte-se sempre de um referencial construído. A realidade é assim construída em conjunto. Este conjunto abarca paciente, saber científico comprovado, psicólogo, instrumentos e suas aplicações (que como vimos são também sujeitas a transformações) e, finalmente, do que acontece no caldeirão que junta todos estes fatores. Jean Pierre Changeux, um neurocientista por excelência, que chegou a dizer que não valia a pena continuar a falar em espírito, afirma, “*qualquer obra de reflexão sobre comportamento humano encontra-se*

---

<sup>112</sup> Este debate que se iniciou sobretudo com as definições de Stress pós traumático a seguir à guerra do Vietname e aprofundado com as questões ligadas às vítimas de maus-tratos ou violação, tem merecido várias abordagens. Parece no entanto estabilizado na ideia de que o mais importante será o que o paciente sente sobre o que viveu e não o que viveu.

*inegavelmente limitada, tanto pela disposição cerebral daquele que a escreve como pelo grau de conhecimentos do momento em que o escreve”* (Changeux, 1991, p. 273) (acrescentamos nós a esta visão) e também pela própria vivência do processo de escrita dessa mesma obra.

A evolução das ciências psicológicas tem sido tal que, utilizando uma metáfora *grosseira* mas a nosso ver feliz, poderíamos pensar numa fase transicional adolescente no processo do reconhecimento do comportamento humano feito pela psicologia nestas duas décadas. As contribuições da evolução tecnológica dos últimos 20 anos são tais que provavelmente serão necessários outros 20 para poder processar tudo aquilo que se vai passando na Psicologia. À semelhança do processo de maturação gradual para a vida adulta, deveremos acomodar esta transformação, de forma firme e resoluta, mas recebendo e acolhendo todas as novidades com compreensão, aceitação e implementação de regras, com cautela e moderação. As regras providenciam por vezes uma ilusão transitória de segurança em tempos de incerteza. As mais das vezes resultam num aumentar dos processos de ansiedade e não na sua remissão (Coale, 1998).

O Psicólogo pode ser visto como um cientista, na medida que procure usar sistematicamente uma atividade para obter conhecimento, mas é mais do que isso. Não deve por isso ao mundo a verdade<sup>113</sup>, embora se deva rodear dela. O psicólogo, nomeadamente o psicólogo clínico, é um profissional de saúde mental que deve conciliar entre a sua formação de base científica e o seu poder observacional do seu material de estudo mas também de trabalho: A pessoa na sua dimensão total.

O psicólogo que faz psicoterapia é sobretudo alguém que aplica conhecimento na procura da cura ou, num sentido mais lato, da ajuda na compreensão e resolução dos problemas dos seus pacientes, que não devem ser esquecidos ou negligenciados, mas sim enquadrados, quer no contexto cultural, quer no biológico e social. Para isso, pode e deve obter novos conhecimentos validados empiricamente, sem nunca se esquecer da sua principal preocupação, o melhoramento das condições de vida dos que sofrem. Enquadra-se assim, naquilo que no cap. I referimos como alguém que tem como referência a Prática Baseada em Evidência, neste caso e na nossa opinião, na evidência validada empiricamente e na evidência do crescimento dos pacientes quando sujeitos a processo terapêuticos<sup>114</sup>.

---

<sup>113</sup> No sentido dado por Eysenk à sua contribuição como homem da ciência.

<sup>114</sup> Em 10% dos casos, existe aparentemente um não aproveitamento ou, pelo menos, uma clara remissão de sintomas que corresponde no fundo a uma inefetividade das psicoterapias (Cooper, 2008).

Se não formos cautelosos e sérios, ao invés de disponíveis e orientados para o outro, arriscamo-nos, numa metáfora hídrica (ao gosto da psicanálise), a revelar demasiada preocupação com a forma como distribuímos a água (sistemas de rega, transporte e tratamento da mesma, etc.), esquecendo as fontes, i.e., os psicólogos, os pacientes, enfim, o ser humano.

Concluimos enfatizando esta ideia. Mais do que dividir, seria importante construir uma identidade de classe do psicoterapeuta enquanto psicólogo clínico, respeitando uma formação científica adequada, rejeitando as discussões obsoletas, renegando interesses monetários de sociedades e agrupamentos herméticos, ou o lucro fácil de uma prática privada de fraca qualidade e mal remunerada, procurando o incentivo das contribuições estatais para a melhoria da formação, treino e atualização de instrumentos científico tecnológicos adequados. Poder-se-ia, assim, introduzir no mercado da psicologia /psicoterapia, no contexto público e privado, a dignidade que a profissão (como aliás qualquer outra) merece.

Gerações futuras que, como vimos pela descrição do número de faculdades e institutos que ministram cursos de psicologia, têm pela psicologia uma preferência, deverão estar atentas a todas estas condicionantes, de forma a poderem elas próprias construir expectativas adequadas ao mercado da psicologia/psicoterapia, mas mantendo os seus sonhos, ideais e preferências, pois sem elas, como diz o poeta, o mundo não gira.

## REFERÊNCIAS

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub2
- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico (10ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67-103.
- Botella, L. (1998). Clinical psychology, psychotherapy and mental health: Contemporary issues and future dilemmas. *International Journal of Psychotherapy; International Journal of Psychotherapy*, 3(3), 255-263.
- Coale, H. W. (1998). The vulnerable therapist: Practicing psychotherapy in an age of anxiety. New York: Haworth Press.
- Coelho, V. (2012). Retrato de uma profissão: Quem somos, quantos somos? . *Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 3, 20-23.
- Coelho, V., Brás, P., Pereira, L., & Amaro, A. (2012). Um país de psicólogos? Análise da formação universitária em psicologia em Portugal. *Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 3, 14-15.
- Cooper, M. (2008). The facts are friendly. *Therapy Today*, 19(7), 8-13.
- Cordioli, A. V. (1993). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gilliéron, E. (1998). *Manual de psicoterapias breves*. Lisboa: Climepsi Editores
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Jung, C. G. (1989). *Freud e a psicanálise*. Petrópolis: Editora Vozes.
- .
- Laidlaw, K., & Gillanders, D. (2011). Clinical psychology training in the UK: Towards the attainment of competence. *Australian Psychologist*, 46(2), 146-150. doi: 10.1111/j.1742-9544.2011.00035.x
- Leal, M. R. M. (1999). *A psicoterapia como aprendizagem: Um processo dinâmico de transformação*. Lisboa: Fim de Século Edições.

- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1223
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 217-228. doi: 10.1348/147608306X117394
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Lemgruber, V. (1997). *Psicoterapia breve integrada*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lowenkron, T. S. (1993). *Psicoterapia psicanalítica breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Luborsky, L., & Singer, B. (1975). Is it true that 'everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychology*, 32, 995-1008.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Margraf, Jürgen (2009). Hintergründe und entwicklung. In: Jürgen Margraf & Silvia Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band I*. Berlin: Springer. Tradução parcial em Dicionário Sensagent: <http://dicionario.sensagent.com/terapia%20cognitivo-comportamental/pt-pt/>
- Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 57-72.
- McLaren, N. (2010). The DSM-V project: Bad science produces bad psychiatry. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 12(3), 189-199. doi: 10.1891/1559-4343.12.3.189
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 177-187.
- Morstyn, R. (2010). How the philosophy of Merleau-Ponty can help us understand the gulf between clinical experience and the doctrine of evidence-based psychotherapy. *Australasian Psychiatry*, 18(3), 221-225. doi: 10.3109/10398561003686789

- Neimeyer, G. J., Taylor, J. M., Wear, D. M., & Buyukgoze-Kavas, A. (2011). How special are the specialties? Workplace settings in counseling and clinical psychology in the United States. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(1), 43-53. doi: 10.1080/09515070.2011.558343
- Nicareta, M. M. (2009). A formação do mercado das psicoterapias nos Estados Unidos da América e no Brasil: Psicanálise, Psicologia clínica e Psicoterapias. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 29(1), 20-36.
- Organização Mundial da Saúde, & Gontijo, S. (2005). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Pheula, G. F., & Isolan, L. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(2), 74-83.
- Pinker, S. (2009). *O paradoxo sexual: Rapazes traquinas, raparigas dotadas e a verdadeira diferença entre os sexos*: Planeta Manuscrito.
- Pleux, D. (2005). *Da criança-rei à criança-tirana*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Poussin, G., & Martin-Lebrun, E. (1999). *Os filhos do divórcio. Psicologia da separação parental*. Lisboa: Terramar.
- Ribeiro, P. L. (1997). *Psicoterapia breve: Um modelo integrado*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Sundfeld, A. C. (2000). Abordagem integrativa: Reterritorialização do saber clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 251-257.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2010). A comparison of client preferences for intervention empirical support versus common therapy variables. *Journal of Clinical Psychology*, 66(12), 1217-1231. doi: 10.1002/jclp.20720
- Thomason, T. (2010). The trend toward evidence-based practice and the future of psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 64(1), 29-38.
- Thorn, B. E. (2007). Evidence-based practice in psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 607-609. doi: 10.1002/jclp.20384
- Vilela, P. L. (2007). *Depressão na adolescência: Um quadro clínico ou uma questão de abordagem*. Pontífice Universidade Católica do Paraná.
- Winnicott, D. W. (1994). *Conversas com os pais*. Lisboa: Terramar.
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: Um manual para o profissional de saúde mental* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Worthen, V. E., & Lambert, M. J. (2007). Outcome oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 48-53. doi: 10.1080/14733140601140873
- Yalom, I. (1996). O executor do amor e outras histórias sobre psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zur, O., & Nordmarken, N. (2010). "DSM: Diagnosing for Money and Power" - Summary of the Critique of the DSM. . Retrieved October/18/2012 from <http://www.zurinstitute.com/dsmcritique.html>.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-697. doi: 10.1002/jclp.20683

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

## ANEXO

| RAMOS   |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| I   | II  | III | IV  | V   |     |
| 72  | 72  | 72  | 72  | 72  | 72  |
| 6   | 6   | 6   | 6   | 6   | 6   |
| 6   | 6   | 6   | 6   | 6   | 6   |
| 9   | 9   | 9   | 9   | 9   | 9   |
| 3   | 3   | 3   | 3   | 3   | 3   |
| 96  | 96  | 96  | 96  | 96  | 96  |
| <i>Subtotal</i>                                   |     |     |     |     |     |
| 2 - Especificas de cada ramo:                     |     |     |     |     |     |
| 2.1 - Obrigatórias:                               |     |     |     |     |     |
| 2.1.1 - Orientação Escolar e Profissional         | 18  | —   | —   | —   | —   |
| 2.1.2 - Psicologia do Trabalho e das Organizações | —   | 18  | —   | —   | —   |
| 2.1.3 - Defectologia e Reabilitação               | —   | —   | 18  | —   | —   |
| 2.1.4 - Psicologia Clínica                        | —   | —   | —   | 18  | —   |
| 2.1.5 - Psicologia Pedagógica                     | —   | —   | —   | —   | 18  |
| 2.2 - Optativas:                                  |     |     |     |     |     |
| 2.2.1 - Psicologia                                | 18  | 18  | 18  | 18  | 18  |
| 2.2.2 - Ciências da Educação                      | 12  | 12  | 12  | 12  | 12  |
| 3 - Estágio                                       | 10  | 10  | 10  | 10  | 10  |
| 136   | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 |
| <i>Total</i>                                      |     |     |     |     |     |
| 141   | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 |

- I - Ramo de Orientação Escolar e Profissional.  
 II - Ramo de Psicologia do Trabalho e das Organizações.  
 III - Ramo de Avaliação Psicológica, Defectologia e Reabilitação.  
 IV - Ramo de Psicologia Clínica.  
 V - Ramo de Psicologia Pedagógica.

*Nota: Por despacho de 20 de Junho de 1990 do Reitor da Universidade foi aprovada a entrada em funcionamento do Ramo de Psicologia do Desenvolvimento.*

## B — Elenco das disciplinas

|   | DUR.  | Escolaridade |    | U. C. |
|---|-------|--------------|----|-------|
|   |       | Horas/Semana | P. |       |
| Introdução à Psicologia                             | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Introdução às Ciências da Educação                  | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Estatística   | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Biologia Genética                                   | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Introdução às Ciências Sociais                      | Anual | 2            | 2  | 3     |
| Introdução à Metodologia da Investigação Científica | Sem.  | 2            | 2  | 3     |

## 1º Ano

## 2º Ano

|                                  | DUR.  | Escolaridade |    | U. C. |
|----------------------------------|-------|--------------|----|-------|
|                                  |       | Horas/Semana | P. |       |
| Psicologia do Desenvolvimento    | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Temas de Psicologia Experimental | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Psicologia Social                | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Psicopatologia e Psiquiatria     | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Complementos de Estatística      | Sem.  | 2            | 2  | 3     |
| Psicofisiologia                  | Sem.  | 2            | 2  | 3     |

## 3º Ano

|   | DUR.  | Escolaridade |    | U. C. |
|---|-------|--------------|----|-------|
|   |       | Horas/Semana | P. |       |
| Teorias da Motivação e da Personalidade       | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Métodos de Observação e Avaliação Psicológica | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Psicologia Pedagógica                         | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Psicologia Diferencial                        | Anual | 2            | 2  | 6     |
| Disciplina de Opção                           |       |              |    | 6     |

## 4º Ano

## Ramo de Orientação Escolar e Profissional

|  | DUR. | Escolaridade        |    | U. C. |
|--|------|---------------------|----|-------|
|  |      | Horas/Semana        | P. |       |
| Consulta Psicológica   |      |                     |    | 6     |
| Teorias do Comportamento Vocacional                                    |      |                     |    | 6     |
| Técnicas de Avaliação Psicológica em Orientação Escolar e Profissional |      |                     |    | 6     |
| Motivação e Desenvolvimento Vocacional                                 | Sem. | 3                   | 3  | 3     |
| Psicopedagogia das Aprendizagens Escolares                             | Sem. | 3                   | 3  | 6     |
| Optativa   |      | (1 Anual ou 2 Sem.) |    | 6     |

## Ramo de Psicologia do Trabalho e das Organizações

|                                   | DUR. | Escolaridade        |    | U. C. |
|-----------------------------------|------|---------------------|----|-------|
|                                   |      | Horas/Semana        | P. |       |
| Consulta Psicológica              |      |                     |    | 6     |
| Psicologia Organizacional         |      |                     |    | 6     |
| Intervenção Psicológica em Grupos |      |                     |    | 6     |
| Comportamento Organizacional      |      |                     |    | 6     |
| Optativa                          |      | (1 Anual ou 2 Sem.) |    | 6     |



### Ramo de Avaliação Psicológica, Defectologia e Reabilitação

| Disciplina   | DUR.                | U.C. |
|--|---------------------|------|
| Consulta Psicológica.....                                    | Anual               | 6    |
| Psicopedagogia das Crianças e Jovens Inadaptados.....        | Anual               | 6    |
| Técnicas Projectivas.....                                    | Anual               | 6    |
| Terapêutica do Comportamento em Crianças e Adolescentes..... | Sem.                | 3    |
| Terapêutica do Comportamento Humano.....                     | Sem.                | 3    |
| Teorias do Desenvolvimento Humano.....                       | (1 Anual ou 2 Sem.) | 6    |
| Optativa.....  |                     |      |

### Ramo de Psicologia Clínica

| Disciplina   | DUR.                | U.C. |
|--|---------------------|------|
| Consulta Psicológica.....                                    | Anual               | 6    |
| Terapêutica do Comportamento.....                            | Anual               | 6    |
| Terapêutica do Comportamento em Crianças e Adolescentes..... | Sem.                | 3    |
| Psicopatologia e Psiquiatria Dinâmica.....                   | Sem.                | 3    |
| Psicologia da Família.....                                   | Sem.                | 3    |
| Psicopatologia Infantil e Juvenil.....                       | Sem.                | 3    |
| Optativa.....  | (1 Anual ou 2 Sem.) | 6    |

### Ramo de Psicologia Pedagógica

| Disciplina  | DUR.                | U.C. |
|---|---------------------|------|
| Consulta Psicológica.....                             | Anual               | 6    |
| Questões Aprofundadas de Psicologia Pedagógica.....   | Anual               | 6    |
| Psicopedagogia das Aprendizagens Escolares.....       | Anual               | 6    |
| Psicopedagogia das Crianças e Jovens Inadaptados..... | Anual               | 6    |
| Optativa.....   | (1 Anual ou 2 Sem.) | 6    |

### Ramo de Psicologia do Desenvolvimento

| Disciplina   | DUR.                | U.C. |
|--|---------------------|------|
| Consulta Psicológica.....  | Anual               | 6    |
| Desenvolvimento e Intervenção Psicológica na Infância e na Adolescência..... | Anual               | 6    |
| Psicopedagogia das Aprendizagens Escolares.....                              | Anual               | 6    |
| Teorias do Desenvolvimento Humano.....                                       | Sem.                | 3    |
| Terapêutica do Comportamento em Crianças e Adolescentes.....                 | Sem.                | 3    |
| Optativa.....  | (1 Anual ou 2 Sem.) | 6    |

### 5º Ano

| Disciplina  | DUR.  | U.C. |
|---|-------|------|
| Disciplina de opção.....                                  | Anual | 6    |
| Metodologia da Investigação Científica em Psicologia..... | Anual | 6    |
| Estágio.....  | Anual | 10   |

## 2. PROGRAMA DAS DISCIPLINAS

### 1º Ano

#### 1. INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA

2. DOCENTES: Prof. Doutor José P. Ferreira da Silva  
Licª. Maria Teresa M. C. de Sousa Machado

#### 3. OBJECTIVOS PRINCIPAIS:

##### 3.1. NO PLANO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS TEÓRICAS

Dotar os alunos com um consistente fio de Ariadne que lhes permita orientar-se no campo confuso e desordenado que continua a ser a Psicologia quer no domínio teórico, quer no da investigação, quer no da prática.

##### 3.2. NO PLANO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PRÁTICAS

Documentar alguns tópicos das aulas teóricas e familiarizar os alunos com problemas e técnicas laboratoriais elementares.

#### 4. RUBRICAS PROGRAMÁTICAS:

##### 4.1. AULAS TEÓRICAS/TEÓRICO-PRÁTICAS

1 - Considerações preliminares. Situação da Psicologia no sistema das Ciências.  
2 - Evolução das concepções sobre o objecto da Psicologia: da Psicologia metafísica à Psicologia científica. O objecto da Psicologia segundo o estruturalismo (Wundt e Titchener), o funcionalismo e o behaviorismo. Conclusão: o ponto de vista convergente no estudo do homem.

3 - O método em Psicologia: a introspecção provocada ou experimental; método clínico; métodos comparativos.

4 - A explicação em Psicologia. O problema da "Psicologia filosófica".

5 - Correntes contemporâneas da Psicologia. O empirismo associacionista; o conexionismo de Thorndike; reflexologia e condicionamento (Pavlov); condicionamento instrumental; correntes neobehavioristas; psicologia da forma.

6 - Psicanálise.

##### 4.2. AULAS PRÁTICAS/TRABALHOS DE CAMPO

I - Apresentação e discussão de textos de diversos autores alusivos aos assuntos expostos nas aulas teóricas.

II - Realização pelos alunos de trabalhos práticos experimentais:

- A medida de tempo de reacção simples.
- A sensibilidade táctil: o limiar absoluto de contacto.
- A sensibilidade táctil: o limiar de discriminação.
- A sensibilidade cinestésica: o limiar diferencial.

## **ANEXO II**

## Plano de Estudos do Mestrado Integrado (ciclo básico, três primeiros anos) da FPCE da Universidade Coimbra

### Plano de Estudos

#### Ciclo Básico: 1º Ano

| Disciplina  | Regime | T | P | T/P | UC | Área Científica  |
|---|--------|---|---|-----|----|------------------|
| ● Introdução à Psicologia I: História dos Problemas e dos Métodos | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia       |
| ● Introdução às Ciências Sociais                                  | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Ciências Sociais |
| ● <u>Metodologia da Investigação Científica em Psicologia I</u>   | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia       |
| ● Análise Estatística I   | Sem. 1 | — | — | 4   | 3  | Estatística      |
| ● Biologia e Comportamento  | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Biologia         |
| ● Psicofisiologia   | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia       |
| ● Introdução à Psicologia II: Sistemas Teóricos                   | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia       |
| ● Psicologia da Aprendizagem e Resolução de Problemas             | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia       |
| ● <u>Metodologia da Investigação Científica em Psicologia II</u>  | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia       |
| ● Análise Estatística II  | Sem. 2 | — | — | 4   | 3  | Estatística      |
| ● Métodos de Avaliação Psicológica I                              | Sem. 2 | — | — | 4   | 3  | Psicologia       |
| ● Genética em Psicologia  | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Biologia         |

#### Ciclo Básico: 2º Ano

| Disciplina  | Regime | T | P | T/P | UC | Área Científica |
|---|--------|---|---|-----|----|-----------------|
| ● Psicologia do Desenvolvimento I                                 | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Psicologia da Atenção e Percepção                               | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● <u>Metodologia da Investigação Científica em Psicologia III</u> | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● <u>Análise Estatística III</u>                                  | Sem. 1 | — | — | 4   | 3  | Estatística     |
| ● Psicologia da Motivação I: Motivos e Interesses                 | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Disciplina de Opção (Tipo A1)                                   | Sem. 1 | — | — | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Psicologia do Desenvolvimento II                                | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Psicologia da Memória   | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Psicologia da Decisão, Planificação e Regulação da Acção        | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Métodos de Avaliação Psicológica II: Inteligência               | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● <u>Psicologia da Personalidade</u>                              | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Disciplina de Opção (Tipo A2)                                   | Sem. 2 | — | — | —   | 3  | Psicologia      |

#### Ciclo Básico: 3º Ano

| Disciplina                        | Regime | T | P | T/P | UC | Área Científica |
|-----------------------------------|--------|---|---|-----|----|-----------------|
| ● <u>Psicologia da Educação I</u> | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● <u>Psicologia Social I</u>      | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |
| ● Psicopatologia e Psiquiatria I  | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |

| Ciclo Básico: 3º Ano  |        |   |   |     |    |                 |  |
|---|--------|---|---|-----|----|-----------------|--|
| Disciplina  | Regime | T | P | T/P | UC | Área Científica |  |
|  <u>Psicologia da Educação I</u>                     | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  <u>Psicologia Social I</u>                          | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Psicopatologia e Psiquiatria I                      | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Métodos de Avaliação Psicológica III: Personalidade | Sem. 1 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Disciplina de Opção (Tipo A <sub>1</sub> )          | Sem. 1 | — | — | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Disciplina de Opção (Tipo A <sub>1</sub> )          | Sem. 1 | — | — | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Psicologia das Organizações                         | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  <u>Psicologia Social II</u>                         | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Psicopatologia e Psiquiatria II                     | Sem. 2 | 2 | 2 | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  <u>Psicologia da Saúde</u>                          | Sem. 2 | — | — | 4   | 3  | Psicologia      |  |
|  Disciplina de Opção (Tipo A <sub>2</sub> )          | Sem. 2 | — | — | —   | 3  | Psicologia      |  |
|  Disciplina de Opção (Tipo A <sub>2</sub> )          | Sem. 2 | — | — | —   | 3  | Psicologia      |  |

## Plano de Estudos da Licenciatura em Psicologia da Universidade Lusófona e de Tecnologia

### Plano de Estudos

Despacho n.º 22328/2008, de 28 de Agosto

| <b>1.º Ano / Tronco Comum</b>                              | <b>ECTS</b>   |
|--|---------------|
| <u>Sistemas de Decisão e Estatística</u>                   | Semestral 6   |
| Opção 1  | 1º Semestre 6 |
| Opção 2  | 1º Semestre 6 |
| <u>Processos Psicológicos Básicos: Atenção e Memória</u>   | 1º Semestre 6 |
| <u>Psicologia Geral</u>                                    | 1º Semestre 6 |
| <u>Psicologia das Emoções e da Motivação</u>               | 1º Semestre 6 |
| Opção 3  | 2º Semestre 6 |
| Opção 4  | 2º Semestre 6 |
| <u>Pensamento Contemporâneo</u>                            | 2º Semestre 6 |
| <u>Processos Biológicos da Mente e do Comportamento</u>    | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia do Género e da Sexualidade</u>               | 2º Semestre 6 |
| <b>2.º Ano / Tronco Comum</b>                              | <b>ECTS</b>   |
| <u>Psicologia do Desenvolvimento</u>                       | Semestral 6   |
| Opção 5  | 1º Semestre 6 |
| Opção 6  | 1º Semestre 6 |
| <u>Teorias da Personalidade</u>                            | 1º Semestre 6 |
| <u>Avaliação da Personalidade</u>                          | 2º Semestre 6 |
| <u>Inferência e Estatística</u>                            | 2º Semestre 6 |
| <u>Neurociências</u>                                       | 2º Semestre 6 |
| Opção 7  | 2º Semestre 6 |
| Opção 8  | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia da Aprendizagem</u>                          | 2º Semestre 6 |
| <b>3.º Ano / Tronco Comum</b>                              | <b>ECTS</b>   |
| <u>Avaliação Psicológica - Métodos Qualitativos</u>        | 1º Semestre 6 |
| <u>Avaliação Psicológica - Métodos Quantitativos</u>       | 1º Semestre 6 |
| <u>Modelos Complexos de Tomada de Decisão</u>              | 1º Semestre 6 |
| Opção 10   | 1º Semestre 6 |
| Opção 9  | 1º Semestre 6 |
| Opção 11   | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia Clínica e da Saúde</u>                       | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia Forense e da Exclusão Social</u>             | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Pessoal</u> | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia do Desporto e das Actividades Físicas</u>    | 2º Semestre 6 |
| <u>Psicologia do Trabalho e das Organizações</u>           | 2º Semestre 6 |

**Plano de Estudos da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia  
Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro**

**Licenciatura**

| <b>1º ano &gt; 1º semestre</b>                         | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
|--|-------------|---------------|-------------|
| <u>Anatomo-fisiologia I</u>                            | CTS 2       | 0   2         | 6           |
| <u>Introdução À Psicologia</u>                         | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Matemáticas Gerais I</u>                            | M 0         | 4   0         | 6           |
| <u>Sociologia da Cultura e da Mudança</u>              | CE 0        | 4   0         | 6           |
| <u>Célula: Estrutura e Funções</u>                     | B 0         | 2   2         | 6           |
| <b>1º ano &gt; 2º semestre</b>                         | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
| <u>Matemáticas Gerais II</u>                           | M 2         | 0   2         | 6           |
| <u>Psicologia da Atenção e da Percepção</u>            | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Fundamentos de Bioquímica</u>                       | BQ 2        | 2   0         | 6           |
| <u>Anatomo-fisiologia II</u>                           | CTS 2       | 0   2         | 6           |
| <u>Metodologia da Investigação em Psicologia</u>       | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <b>2º ano &gt; 1º semestre</b>                         | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
| <u>Psicologia da Memória</u>                           | PSIC2       | 0   1         | 4           |
| <u>Laboratório de Análise e Processamento de Sinal</u> | ELE 0       | 2   2         | 6           |
| <u>Psicologia da Emoção e da Motivação</u>             | PSIC2       | 0   3         | 8           |
| <u>Probabilidade e Estatística</u>                     | M 2         | 0   2         | 6           |
| <u>Psicobiologia</u>                                   | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <b>2º ano &gt; 2º semestre</b>                         | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
| <u>Psicologia da Aprendizagem</u>                      | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Genética e Evolução</u>                             | B 1         | 1   2         | 6           |
| <u>Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem</u>        | CL 2        | 0   2         | 6           |
| <u>Psicologia do Desenvolvimento</u>                   | PSIC0       | 4   1         | 8           |
| <u>Tomada de Decisão e Acção</u>                       | PSIC2       | 0   1         | 4           |
| <b>3º ano &gt; 1º semestre</b>                         | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
| <u>Psicologia Social</u>                               | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Psicopatologia Geral</u>                            | CTS 2       | 0   2         | 6           |
| <u>Neuropsicologia</u>                                 | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Opção I - Área Científica da Psicologia</u>         | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Comportamentos e Dinâmicas Populacionais</u>        | n.a.        | 0   0   0     | 0           |
| <u>Psicologia do Bem-estar Pessoal</u>                 | PSIC0       | 0   0         | 0           |
| <u>Psiconeuroimunologia</u>                            | PSIC0       | 0   0         | 0           |
| <u>Ética em Psicologia</u>                             | CS 2        | 1   0         | 6           |



| <b>3º ano &gt; 2º semestre</b>               | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
|--|-------------|---------------|-------------|
| <u>Investigação Independente</u>             | PSIC2       | 0   1         | 4           |
| <u>Avaliação Psicológica</u>                 | PSIC2       | 0   2         | 6           |
| <u>Contextos de Aplicação da Psicologia</u>  | PSIC2       | 0   3         | 8           |
| <u>Opção II - Opção Livre</u>                | n.a.        | 0   0   0     | 6           |
| <u>Educação Especial</u>                     | CE          | 162   0   0   | 6           |
| <u>Ética e Educação Para a Cidadania</u>     | CE          | 2   2   0     | 6           |
| <u>Sistemas e Comportamentos Eleitorais</u>  | CP          | 0   3   0     | 6           |
| <u>Sociologia Política</u>                   | CS          | 0   0   0     | 6           |
| <u>Psicologia da Família e Redes Sociais</u> | PSIC0       | 4   0         | 6           |

### **Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

#### **Ects**

|  |      |           |   |
|--|------|-----------|---|
| <u>Psicologia Clínica I</u>                  | n.a. | 0   0   0 | 6 |
| <u>Consulta e Aconselhamento Psicológico</u> | PSIC | 0   0   0 | 6 |
| <u>Investigação Avançada</u>                 | n.a. | 0   0   0 | 6 |
| <u>Unidade Curricular Optativa I</u>         | n.a. | 0   0   0 | 6 |

| <b>1º ano &gt; 2º semestre</b>                     | <b>a.c.</b> | <b>t tp p</b> | <b>ects</b> |
|--|-------------|---------------|-------------|
| <u>Psicologia Clínica II</u>                       | PSIC        | 0   0   0     | 6           |
| <u>Psicoterapia Baseada na Evidência</u>           | n.a.        | 0   0   0     | 6           |
| <u>Promoção da Saúde e Qualidade de Vida</u>       | n.a.        | 0   0   0     | 6           |
| <u>Psicologia da Saúde</u>                         | PSIC        | 0   2   0     | 6           |
| <u>Organização de Sistemas e Serviços de Saúde</u> | GES         | 0   4   0     | 6           |
| <u>Unidade Curricular Optativa II</u>              | n.a.        | 0   0   0     | 6           |

## **ANEXO III**

## Folha de elaboração de Processo 1



CONFIDENCIAL

Processo nº \_\_\_\_/\_\_\_\_

⇒ Psicoterapia ☐

⇒ Aconselhamento ☐

### ANAMNESE

#### I. Identificação

Idade: \_\_\_\_ - Sexo: \_\_\_\_ - Raça: \_\_\_\_ - Nacionalidade: \_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_

#### II. Queixa Principal *(Motivo da procura, iniciativa de vir à consulta...)*

## Folha de elaboração de Processo 2

### III. História da doença actual *(Doença Psíquica do paciente. Sintomas mais significativos, quando começou a perturbação, tratamentos...)*

### IV. História Pessoal *(Nascimento, infância,...educação, relacionamento com os pais, relacionamento social... - Tudo o que se refere à vida pessoal do paciente.)*

### Folha de elaboração de Processo 3

#### V. História Familiar (*Relações Familiares. Filiação, irmãos, cônjuge, filhos, ambiente familiar...*)

#### VI. História patológica anterior (*Doenças, operações, internamentos...*)

#### VII. Exame psíquico

1. APRESENTAÇÃO (*Aparência, actividade psicomotora, atitude para com o terapeuta/tipo de contacto, ...*)

2. ACTIVIDADE PSÍQUICA/CONSCIÊNCIA ( *Crítica ? Sim. - Patologia Neurótica; Não - Patologia Psicótica, Confusão mental ?, Orientação,...*)

3. ATENÇÃO (*Normal, hipervigilância, hipovigilância, hipertenacidade, hipotenacidade,...*)

4. MEMÓRIA (*Percepção, fixação, conservação, evocação e reconhecimento. Avaliação da função mnésica: rapidez, precisão e cronologia das informações dadas pelo paciente. Memória passada. Memória recente. Memória de retenção...*)

5. INTELIGÊNCIA (*Capacidade de compreensão, insights,...*)

6. PERCEPÇÃO SENSORIAL (*Alucinações, ilusões - capacidade de perceber e sentir a realidade*)

## Folha de elaboração de Processo 4

7. PENSAMENTO (*velocidade/curso do pensamento; forma = maneira como o conteúdo do pensamento é expresso; conteúdo = obsessões, hipocondrias, fobias, delírios...*)

8. LINGUAGEM (*Disartrias, afasias, logorréia, verbigeração, ...*)

9. CONSCIÊNCIA DO EU (*Sentimento de unidade: eu sou uno no momento; Sentimento de actividade: consciência da própria acção; Consciência da Identidade: sou o mesmo ao longo do tempo; Cisão sujeito-objecto: consciência do eu em oposição ao exterior e aos outros. Saber se o paciente acha que os seus pensamentos ou actos, são controlados por forças exteriores, ...*)

10. AFECTIVIDADE (*Ligações afectivas com a família e com o mundo. Tristeza, euforia, angústia, reacções emocionais, ambivalência e labilidade afectivas,...*)

11. HUMOR (*É como o paciente diz sentir-se: deprimido, ansioso, culpado,...; Humor = normotímico: normal; hipertímico: exaltado; hipotímico: baixa de humor; distímico: quebra repentina da tonalidade do humor durante a sessão, ...*)

12. VONTADE (*Disposição/energia interior que visa um objectivo consciente e determinado...*)

13. CONSCIÊNCIA DA DOENÇA ACTUAL (*Grau de consciência e compreensão que o paciente tem de estar doente/se sente que necessita ou não de tratamento ...*)

14. DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO (ICD ou DSM): \_\_\_\_\_

15. ORIENTAÇÃO E PERIODICIDADE DA PSICOTERAPIA: \_\_\_\_\_

17. MEDICAÇÃO

| MEDICAMENTOS | Jejum | Peq.Alm. | Almoço | Lanche | Jantar | Deitar |
|--------------|-------|----------|--------|--------|--------|--------|
|              |       |          |        |        |        |        |
|              |       |          |        |        |        |        |
|              |       |          |        |        |        |        |
|              |       |          |        |        |        |        |
|              |       |          |        |        |        |        |
|              |       |          |        |        |        |        |

18. MÉDICO(A) PSIQUIATRA: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Frequência das consultas: \_\_\_\_\_

## Folha de Síntese de Sessão

PROCESSO N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CONFIDENCIAL

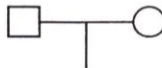
| SESSÃO Nº _____ | DATA ____/____/____       | HORA : ____: |
|-----------------|---------------------------|--------------|
| Plano de Sessão | Registo Síntese da Sessão | Observações  |
|                 |                           |              |

|                 |                           |                 |              |
|-----------------|---------------------------|-----------------|--------------|
| SESSÃO Nº _____ |                           | DATA : __/__/__ | HORA : ____: |
| Plano de Sessão | Registo Síntese da Sessão | Observações     |              |
|                 |                           |                 |              |

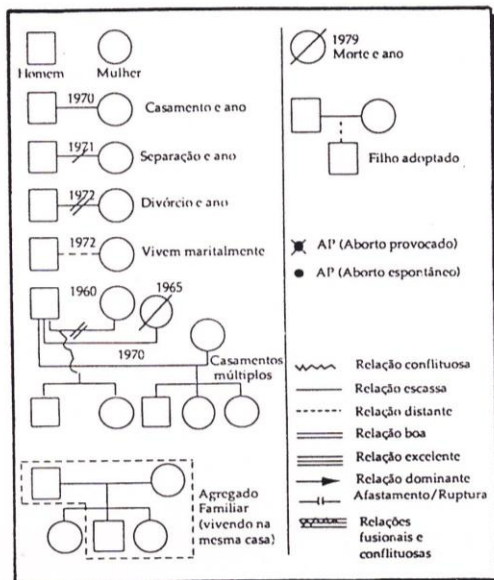
## Genograma

### HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

#### • Genograma



#### Legenda



Indicar para cada indivíduo:

- Nome
- Idade
- Profissão



## **ANEXO IV**

## Plano de Intervenção de formatação/gestão de tempo referente ao caso II - “Diferentes janelas para a mesma realidade”

*Nota: este plano foi delineado e aplicado a seguir ao fim do segundo período escolar e a pedido do próprio paciente.*

Plano de Intervenção na gestão/ formatação do tempo - Escola/desporto/ família e amigos para o segundo período/trimestre escolar (realizado a pedido do próprio e seguindo linhas traçadas em conjunto)

Nome: XXXX

Idade: 16

Objectivos: Estruturação do tempo semanal enquadrado na vida pessoal familiar do jovem com o intuito de promover metodologia de estudo bem como disciplina nos horários, evitando procrastinação e processos de auto-desmotivação, assim como a dispersão em actividades lúdicas consideradas por agora prejudiciais ao processo de recuperação das notas.

Objectivos pedagógicos: Melhoria dos resultados escolares nas disciplinas que apresentam dificuldades, bem como um enquadramento da relação prof/aluno dentro de pressupostos mais próximos da realidade e contexto do jovem no seu colégio. Acompanhamento psico-emocional no sentido de ajudar a cimentar processos motivacionais adequados às dificuldades previstas. Avaliação de dificuldades vocacionais a disciplinas nucleares com vista a possível acompanhamento específico (explicações).

Objectivos lectivos: Melhoria dos resultados a todas as disciplinas, com particular ênfase para as disciplinas de cariz científico, mas também das línguas portuguesa e inglesa.

Avaliação dos objectivos pretendidos pelos professores nas respectivas disciplinas no sentido de objectivar e orientar o estudo para os testes restantes.

Avaliação realista das possibilidades de melhorias a cada uma das disciplinas no sentido de permitir maior e melhor utilização dos recursos do jovem bem como, uma utilização do tempo mais racional.

Objectivos Psico-emocionais: Baseados em trabalho anterior de acompanhamento psicológico: Superação do medo de falhar; aumento e reforço dos processos de construção cognitiva, modulação cognitiva e emocional para as dificuldades na transformação de processos e na gestão das expectativas de enquadramento no grupo o que diz respeito à auto-imagem. Enquadramento no sucesso e seu peso bem como capacidade de gerir factores geradores de stress.

### I

| PLANO SEMANAL              |               |             |              |              |             |                 |                  |
|----------------------------|---------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-----------------|------------------|
| Dias e Grau de dificuldade | Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira | Sábado          | Domingo          |
| Manhã 8-12.15              | Aulas         | Aulas       | Aulas        | Aulas        | Aulas       | 10.30-14 Estudo | Descanso ou Surf |

|                              |         |   |         |  |                                       |                                       |   |
|------------------------------|---------|---|---------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Almoço<br>12.30-<br>13.45    | Colégio | Colégio                                       | Colégio | Em casa  | Colégio                               | Família<br>ou e<br>amigos             | Família   |
| Tarde<br><br>13.45-<br>16.25 | Aulas   | Aulas   | Aulas   | Estudo<br>Intensivo:<br>Leitura<br>Apontamentos,<br>e exercícios | Aulas                                 | Livre-                                | 16-19<br>Revisão<br>do<br>conteúdos<br>de sábado<br>e TPCs<br>Escrever<br>dúvidas |
| 16.25-20                     | Apoio   | Estudo no<br>apoio<br>Leitura e<br>exercícios | Apoio   | Estudo<br>(continuação)  | Psicólogo<br>Preparação<br>de estudo. | Livre<br>para<br>programa<br>familiar | Deitar<br>cedo e<br>preparar<br>semana.   |
| Noite<br><br>21-23           |         | Conversa<br>em<br>família                     |         | Jantar em<br>família, ver<br>filme em<br>conjunto etc            | Livre para<br>saídas com<br>amigos    | “ ”                                   |   |

Nota: Na quinta-feira o estudo deverá ser feito em casa podendo assim o sujeito começar a preparar o seu ambiente de estudo e aprender a viver perto de outros estímulos (TV Internet etc). Todavia, até ao fim do segundo trimestre e seguindo o plano de recuperação do colégio, este estudo poderá ser feito no colégio desde que à noite seja feito, em conjunto com os pais, o balanço do trabalho realizado.

**II** - Plano para as disciplinas e estratégias a seguir (estas indicações são apenas intuições sobre o discutido por vezes nas sessões e não excluem o plano obrigatório escolhido pelo colégio, que deverá ter prioridade sobre estas.).

*Geografia* - Leitura e estudo dos manuais apresentados.

*Matemática* - Exercícios numerosos à Quinta-feira.

*Português* - Leitura das obras obrigatórias, mais um livro a escolher cada mês entre os clássicos da literatura portuguesa a serem discutidos em casa.

*Tecnologias de Informação* – Uma vez ao fim de semana e outra durante a semana: trabalho com um dos pais na pesquisa de conteúdos na *internet*.

*História* - Leitura de uma biografia, até ao final do período, de um personagem com o qual o sujeito se identifique. Esta biografia poderá ser em BD desde que apresente texto bem estruturado e completo. Esta leitura deverá ser feita nos tempos livres.

Dúvidas escritas nos cadernos e tiradas com os professores.

### Recomendações ao sujeito:

- 1- Consulta periódica deste plano todos os dias à noite.
- 2- Elaboração de um diário onde, em 10 linhas, resuma os sentimentos causados pelos acontecimentos do dia com particular ênfase para a forma como está a lidar com este plano bem como com a pressão de melhorar os resultados escolares.

### Recomendações aos pais/cuidadores

- 1 - Confirmação diária da não utilização da TV no quarto.
- 2 - Tentativa de tomada de refeições sempre à mesma hora e em conjunto.
- 3- Abordagem dos progressos sentidos na perseguição do plano.
- 4 - Não solicitação para actividades que possam prejudicar o plano.
- 5 - Programa conjunto em família uma vez semana (comer fora; ida ao cinema; ver programa televisivo em conjunto; etc.).

### Nota

Espaços lúdicos, actividades e festas

A decisão da frequência ou não destes espaços pelo sujeito será da responsabilidade dos pais e do próprio sujeito; recomenda-se no entanto que, quando houver actividades lúdicas, elas se realizem apenas uma vez por semana e ao fim de semana, nunca ao dia de semana.

Actividades físicas como “surf-trips” ou acampamentos, etc. poderão ser realizadas (não excedendo as duas noites) desde que acautelada a carga de trabalho proposta neste plano bem como uma compensação feita pelo movimento de dispersão causado por esses eventos.

Assim, se o evento tiver dois dias que poderiam ser utilizados a estudar deverão ser alocados esses estudos para outros dois dias (que deverão ser anteriores ao evento), de maneira a não prejudicar a dinâmica do processo de recuperação.

A rigorosa aplicação deste plano sem cair na tentação de criar excepções a cada dois dias é fundamental para atingir os objectivos a que o sujeito se propôs. O envolvimento de todos os participantes com particular enfoque para o XXXX levará à superação dos obstáculos e a um melhor aproveitamento das capacidades e competências dele nos estudos, libertando mais tempo para perseguição de outros objectivos pessoais.

## **ANEXO V**

**Plano de competências do Psicólogo Clínico no Reino Unido, do Plano de  
Doutoramento na Universidade de Edimburgo, Escócia (no original).**

Identifying Competence in Clinical Psychology Practice

**1. Knowledge and understanding**

- i.* Understand contemporary psychological theories and the application of the scientific knowledge base in clinical psychology to underpin clinical and research practice.
- ii.* Integrate prior knowledge in novel situations, enhancing their professional ability to think critically, creatively, and reflectively; and to evaluate the impact of planned psychological interventions.
- iii.* Develop, conduct and evaluate research, that is both ethical and of clinical relevance within the NHS and other settings.
- iv.* Apply *appropriate* assessment procedures, develop *appropriate* formulations, and carry out *appropriate* interventions with clients, recognising and observing appropriate professional boundaries and standards of competence, and conducting appropriate appraisal of the impact of such procedures in service delivery systems, using highly developed self-reflective skills.
- v.* Understand the importance of fostering productive and therapeutic working alliances with clients, while maintaining awareness of the wider social setting of interventions, and balancing the needs of clients and service delivery systems.
- vi.* Understand the range of service delivery models available for interventions at individual, group and systemic levels with a variety of client groups.
- vii.* Understand consultancy models and the importance of consultancy as an advance practice skill.

**2. Subject specific competence**

- i.* Obtain, summarise and synthesise clinical and research material from a range of appropriate sources.
- ii.* Demonstrate skills in the psychological assessment and theoretically based formulation of clinical cases.
- iii.* Critically evaluate psychological theories and models as they are applied in clinical psychology practice and research.
- iv.* Demonstrate understanding in the application of theoretically based treatment in regards to clinical cases.
- v.* Consider and appraise the relative benefits of different models and approaches in clinical practice and research.
- vi.* Critically evaluate conceptual and methodological issues and debates in clinical psychology practice and applied research.

- vii.* Work in collaboration with others to conduct and report research to test theories of psychological problems and evaluate interventions.
- viii.* Work independently when conducting and reporting research in a number of applied areas in clinical psychology.
- ix.* Demonstrate competence in the selection and implementation of appropriate methodological designs for the evaluation of efficacious and effective interventions in practice.
- x.* Demonstrate competence in the process of clinical effectiveness and audit.
- xi.* Demonstrate competence in the planning and execution of clinically applied research.

### **3. Transferrable skills**

- i.* Demonstrate the ability to apply the breadth of psychological science in practice, synthesising and apply theory in practice across disciplinary boundaries.
- ii.* Use the knowledge base of psychological science to assess, formulate and develop psychological interventions.
- iii.* Use transferable knowledge, skills, and values from prior experience and apply these in novel situations.
- iv.* Use scientific principles of critical evaluation and analytical thinking to apply theories in practice to develop interventions for a range of client groups and service needs.
- v.* Demonstrate competence in conducting analyses of problems, while considering a range of possible solutions.
- vi.* Demonstrate the ability to interact and work effectively with a range of health professionals in multi-disciplinary settings.
- vii.* Demonstrate competence in written communication skills across placements, understanding the need to consider the needs of different consumers of psychological reports, letters, and research outputs.

### **4. Personal and professional skills**

- i.* Develop awareness of the impact of diversity and difference when working with a range of clients and in a range of services.
- ii.* Understand their responsibilities towards clients they come in contact with. Trainees will understand the need to remain cognisant of the ethical demands in practice and remain bound by the BPS code of conduct.
- iii.* Develop an awareness of the inherent power imbalance between practitioners and recipients of their care and minimise the potential for the abuse of this power imbalance.
- iv.* Know the professional responsibilities of working within the limits of one's competence and the duty to seek supervision as appropriate.
- v.* Know the importance of continuing professional development with respect to the duty of care to clients, carers, and within systems.

*vi.* Know their responsibility for managing personal learning needs and maintaining strategies for developing these. In addition trainees will understand how to use supervision and feedback as a way of reflecting upon personal learning needs.

*vii.* Know that they have a personal responsibility to develop strategies to minimise the emotional and physical impact of practice and where necessary seeking appropriate support and supervision.

*viii.* Know they have a duty and responsibility to maintain collaborative working arrangements with colleagues, fellow psychologists, and service users.

## **5. Communication skills**

*i.* Understand the need to develop skills in effective communication with colleagues from other health professions. Providing psychological information in a manner appropriate to the needs of the audience.

*ii.* Demonstrate good communication and teaching skills for the purpose of presenting clinical and non-clinical psychological information, at an individual, group, and delivery system level.

*iii.* Develop competence in the delivery of information to people with a wide range and levels of ability. Taking account of the needs of learners and participants in any training as well as respecting the needs of others to benefit from a variety of teaching methods. Trainees will understand that clarity of communication is essential in ethical practice in research such that any participant in research has a right to a full understanding of the extent of their involvement and their rights within the research relationship.

*iv.* Understand the need for clarity and precision in communication within supervision.

*v.* Develop skills, knowledge and values that will equip them to function as an effective member of multi-disciplinary teams.

*vi.* Understand change processes in organisations and service delivery systems that are likely to come into contact with as part of their practice.

*vii.* Apply transferable knowledge, skills and values when working at the level of organisations.

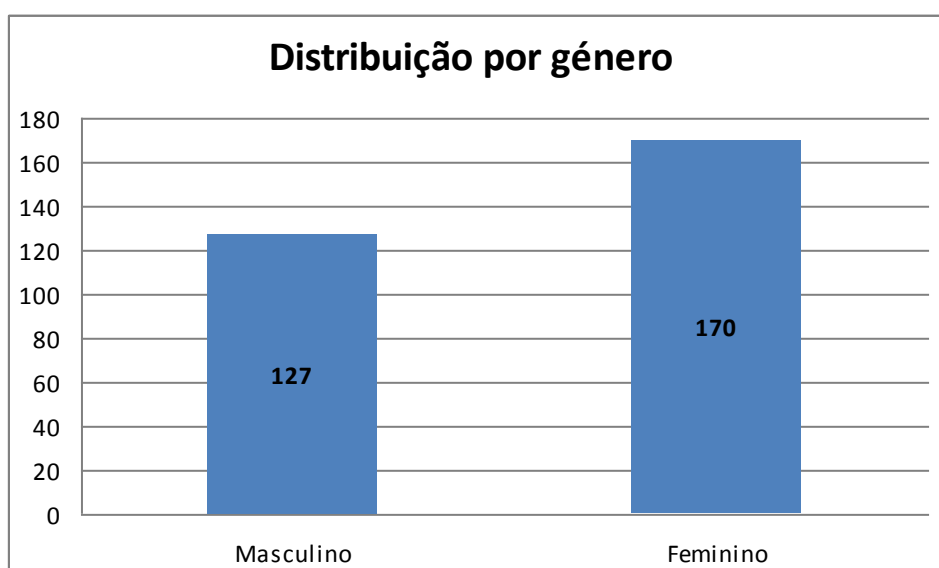
*viii.* Develop understandings of the need for consultancy in practice and when working at a consultative level will be fully cognisant of the boundaries of competence when providing advice and consultation.

*Source.* Abridged from the University of Edinburgh/NHS (Scotland) Doctoral Programme Specification (2008).

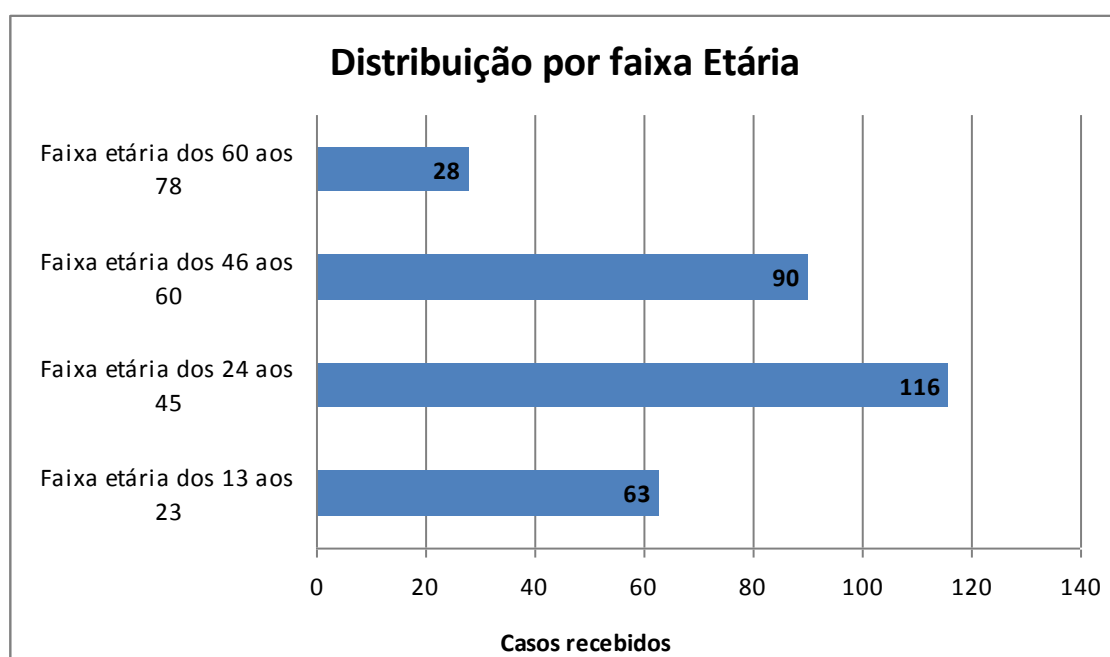


## **ANEXO VI**

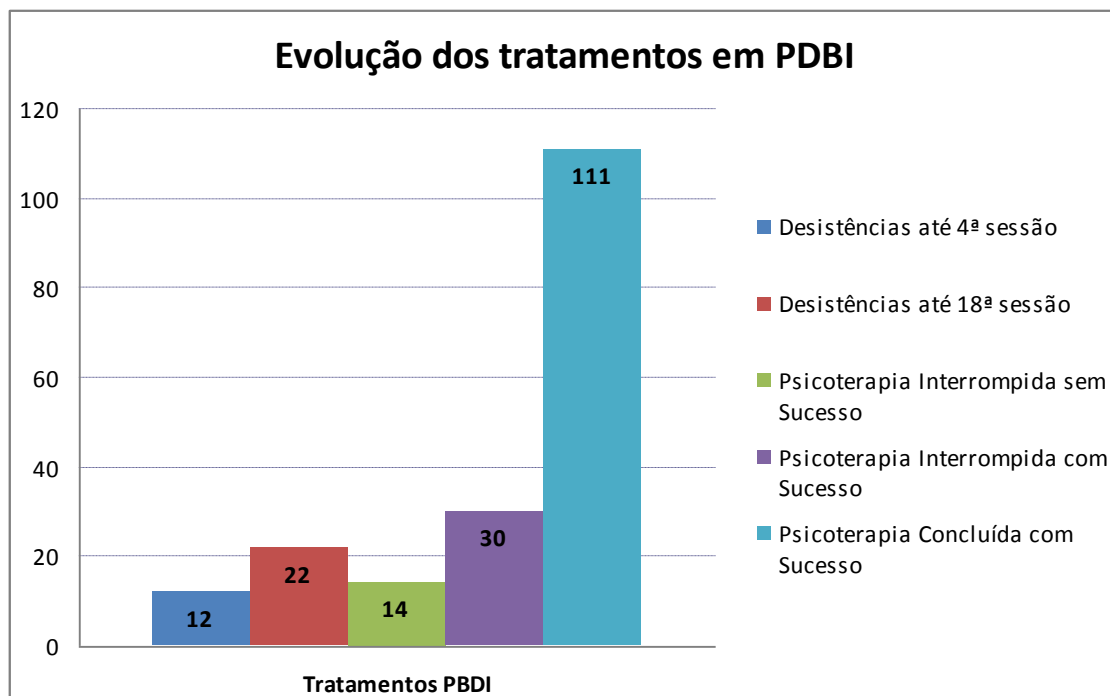
**Gráfico 1- Distribuição dos casos acolhidos por género**



**Gráfico 2- Distribuição dos casos acolhidos por faixa etária**



**Gráfico 3- Evolução dos tratamentos seguidos no modelo da PBDI**



**Gráfico 4-Encaminhamento dos casos recebidos**

